مقدمة في
التربية الخاصة

Introduction of Special Education

الدكتور
تيسير مفلح كوافحة

الأستاذ
عمر فواز عبد العزيز



دار المسيرة

دار
المسيرة
للنشر والتوزيع والطباعة

دار
المسيرة
للنشر والتوزيع والطباعة

بسم الله الرحمن الرحيم

مقدمة في
التربية الخاصة

Introduction of
Special Education

رقـــــــم التصـــــنيف : 362.4
المؤلف ومن هو في حكمه : تيسير مفلح كوافحة/ عمر فواز عبدالعزيز
عنـــــوان الكـــــتاب : مقدمة في التربية الخاصة
رقـــــــم الإيـــــداع : 2003/9/1880
الـــــواصـــــفـــــات : التربية الخاصة/ صعوبات التعلم/ الخدمات الاجتماعية/ رعاية المعوقين/ الطلاب المعوقين
بـــيانـــــات الـــــنشـــر : عمان - دار المسيرة للنشر والتوزيع
تم إعداد بيانات الفهرسة والتصنيف الأولية من قبل دائرة المكتبة الوطنية

الطبعة الأولى 2003م – 1424هـ
الطبعة الثانية 2006م – 1426هـ
الطبعة الثالثة 2007م – 1427هـ
الطبعة الرابعة 2010م – 1431هـ
الطبعة الخامسة 2011م – 1432هـ
الطبعة السادسة 2012م – 1433هـ

دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة

عنوان الدار

الرئيسي : عمان - العبدلي - مقابل البنك العربي هاتف : 5627049 6 962+ فاكس : 5627059 6 962+
الفرع : عمان - ساحة المسجد الحسيني - سوق البتراء هاتف : 4640950 6 962+ فاكس : 4617640 6 962+
صندوق بريد 7218 عمان - 11118 الأردن

E-mail: info@massira.jo . Website: www.massira.jo

مقدمة في
التربية الخاصة

Introduction of Special Education

الدكتور
تيسير مفلح كوافحة

الأستاذ
عمر فواز عبد العزيز

الإهداء

إلى أولياء أمور ذوي الاحتياجات الخاصة

إلى الطلاب والدارسين

إلى كل العاملين في ميدان التربية الخاصة

الفهــرس

الموضوع | رقم الصفحة

الفهرس 5

المقدمة 11

الفصل الأول: التربية الخاصة

- مقدمة 14
- مفهوم التربية الخاصة 15
- أهداف التربية الخاصة 17
- مراحل تطور التربية الخاصة 19
- التنظيم الهرمي لبرامج التربية الخاصة 22
- أسباب الإعاقة 24
- الوقاية من الإعاقة 26
- واقع التربية الخاصة في البلاد العربية 26

الفصل الثاني: الموهبة والتفوق

- مقدمة 30
- تعريف الموهبة والتفوق 32
- نسبة الانتشار للموهوبين والمتفوقين 35
- تاريخ الأهتمام بالموهوبين والمتفوقين 35
- دور العوامل الوراثية والبيئية في الموهبة والتفوق 36
- الكشف والتعرف على الأطفال الموهوبين والمتفوقين 37
- قياس وتشخيص الموهبة والتفوق 39
- الخصائص السلوكية للأطفال الموهوبين والمتفوقين 42

الموضوع رقم الصفحة

- البرامج المقدمة للأطفال الموهوبين والمتفوقين.. 43
- الاتجاهات العامة في تربية الموهوبين والمتفوقين.. 51
- واقع تربية الموهوبين في الأردن.. 52

الفصل الثالث: الإعاقة العقلية

- مقدمة.. 56
- تعريف الاعاقة العقلية.. 57
- تصنيفات الإعاقة العقلية.. 61
- التطور التاريخي للعناية بالمعوقين.. 64
- أسباب الإعاقة العقلية.. 69
- الخصائص السلوكية للمعاقين عقلياً.. 70
- الأسس العامة لتدريب المعاقين عقلياً.. 72
- أساليب قياس وتشخيص الإعاقة العقلية.. 73

الفصل الرابع: الإعاقة البصرية

- مقدمة.. 82
- تعريف الإعاقة البصرية.. 83
- نسبة انتشار الإعاقة البصرية.. 84
- تصنيف الإعاقة البصرية.. 84
- مظاهر الإعاقة البصرية.. 84
- أسباب الإعاقة البصرية.. 86
- قياس وتشخيص الإعاقة البصرية.. 86

الموضوع رقم الصفحة

- خصائص المعاقين بصرياً 89
- الحاجات التربوية للمعاقين بصرياً 90
- الأدوات الخاصة بالمعاقين سمعياً 94

الفصل الخامس: الإعاقة السمعية

- مقدمة 98
- تعريف الإعاقة السمعية 99
- نسبة أنتشار المعاقين سمعياً 100
- تصنيفات الإعاقة السمعية 100
- أسباب الإعاقة السمعية 102
- المؤشرات السمعية التي تدل على وجود مشكلة في السمع 102
- قياس وتشخيص الإعاقة السمعية 103
- خصائص المعاقين سمعياً 106
- طرق الاتصال والتواصل مع المعاقين سمعياً 107

الفصل السادس: صعوبات التعلم

- مقدمة 114
- مفهوم صعوبات التعلم 115
- نسبة انتشار صعوبات التعلم 121
- تصنيفات صعوبات التعلم 122

أولاً- الصعوبات النمائية 122

ثانياً- الصعوبات الأكاديمية 128

الموضوع رقم الصفحة

- علاقة صعوبات التعلم النمائية مع صعوبات التعلم الأكاديمية........................ 130
- أسباب صعوبات التعلم.. 130
- كيف أعرف أن طفلي لديه صعوبة في التعلم.. 132
- المظاهر السلوكية لذوي صعوبات التعلم... 132
- تشخيص وقياس صعوبات التعلم... 136

الفصل السابع: الإضطرابات السلوكية والإنفعالية

- مقدمة.. 142
- تعريف الإضطرابات السلوكية والإنفعالية.. 142
- تصنيف المضطربين سلوكياً وانفعالياً... 143
- أسباب الإضطرابات السلوكية والإنفعالية.. 145
- صفات المضطربين سلوكياً وإنفعالياً... 146
- التعرف على الأشخاص المضطربين سلوكياً وإنفعالياً...................................... 149
- قياس وتشخيص المضطربين سلوكياً وإنفعالياً.. 151
- الخدمات المقدمة للأطفال المضطربين سلوكياً وإنفعالياً................................... 154
- ضبط سلوك المضطربين سلوكياً وإنفعالياً... 157
- بعض أشكال الإضطربات السلوكية والإنفعالية... 163
  - العدوان.. 163
  - الإنسحاب.. 165
  - التوحد.. 166

الموضوع رقم الصفحة

الفصل الثامن: إضطرابات التواصل

- مقدمة............ 174
- تطور النمو اللغوي............ 174
- تعريف اضطرابات التواصل............ 175
- مظاهر اضطربات التواصل............ 176
- نسبة انتشار اضطرابات التواصل............ 179
- أسباب إضطرابات التواصل............ 179
- قياس وتشخيص اضطرابات التواصل............ 181
- خصائص ذوي إضطرابات التواصل............ 183
- الخدمات التي يقدمها معلم الصف العادي للمضطربين لغوياً وكلامياً............ 185

الفصل التاسع: الإعاقة الحركية

- مقدمة............ 188
- تعريف الإعاقة الحركية............ 188
- تصنيف الإعاقة الحركية............ 193
- أسباب الإعاقة الحركية............ 201
- قياس وتشخيص الإعاقة الحركية............ 202
- الخصائص السلوكية للمعاقين حركياً............ 202
- البرامج التربوية للمعاقين حركياً............ 203
- المراجع العربية............ 205
- المراجع الأجنبية............ 207

المقــدمة

الحمد لله والصلاة والسلام على أشرف المرسلين سيدنا محمد وعلى آله وصحبة أجمعين، قال تعالى في كتابه العزيز

«وأما بنعمة ربك فحدّث» صدق الله العظيم

إن من أفضل نعم الله علينا أن هدانا إلى سواء السبيل وأفضل العباد عند الله تعالى من إبتلاه في نفسه وأهله فصبر وتجلّد واحتسب أجره على الله طمعاً في رضوان الله تعالى وقد ورد عن الرسول صلى الله عليه وسلم في الحديث «إن الرجل لتكون له الدرجة عند الله تعالى لا يبلغها بعمل حتى يبتلى ببلاء في جسمه فيبلغها ذلك» أو كما قال الرسول عليه السلام.

إن الأفراد ذوي الإحتياجات الخاصة هم فئة موجودة في كل مجتمع من المجتمعات ويطلق عليهم مصطلحات مختلفة كالأفراد غير العاديين وغيرها من المصطلحات وينضوي تحت مظلة ذوي الإحتياجات الخاصة الأفراد الذين ينحرفون إنحرافاً ملحوظاً في نموهم العقلي والإنفعالي واللغوي والحركي والحسي عن الأفراد العاديين ويشمل مفهوم ذوي الاحتياجات الخاصة على الفئات التالية:

الموهوبين، والمعاقون عقلياً. وسمعياً وبصرياً وحركياً، وذوي إضطرابات التواصل والمضطربين سلوكياً وإنفعالياً، وذوي صعوبات التعلم. حيث تشكل هذه الفئات من ذوي الاحتياجات الخاصة نسبة لا يستهان بها في كل مجتمع من المجتمعات حيث تقدر نسب إنتشارهم بنسبة لا تقل عن 3 % وقد ترتفع إلى 10% مع مراعاة أن هذه النسب تختلف بإختلاف نوع الإعاقة وكذلك المجتمعات التي أجريت فيها الدراسة.

ويحتاج ذوي الاحتياجات الخاصة إلى برامج تربوية متخصصة تقدم لهم وذلك من أجل مساعدتهم على تطوير قدراتهم إلى أقصى درجة تسمح بها إمكاناتهم والعمل على تنمية إستقلاليتهم ليصبحوا منتجين في مجتمعهم عن طريق توفير فرص التدريب والتشغيل لهم وحماية حقوقهم عن طريق إصدار التشريعات التي تكفل لهم حقوقهم وتضعهم على قدم المساواة مع الأفراد العاديين في المجتمع.

وجاء هذا الكتاب نتيجة للاهتمام المتزايد بذوي الإحتياجات الخاصة في الوطن العربي وخصوصاً مع إزدياد حالات الإعاقة بسبب انتشار حالات زواج الأقارب في المجتمعات العربية بشكل لافت وعدم الزامية الفحص الطبي قبل الزواج للمقبلين عليه وكذلك عدم الإهتمام بصحة الأم الحامل وتدني الخدمات الصحية بشكل عام في بعض المجتمعات.

ويهدف هذا الكتاب إلى توعية وتعريف القاريء والدارس وأولياء الأمور بفئات ذوي الإحتياجات الخاصة. ويحتوي هذا الكتاب على تسعة فصول والفصل الأول يتطرق إلى التعريف بالتربية الخاصة من حيث مفهومها وأهدافها ومراحل تطورها وبرامجها وواقعها في الوطن العربي وكذلك العوامل المسببة للإعاقات والوقاية منها.

أما الفصول الثامن المتبقية فقد احتوت كل منها على فئة من فئات التربية الخاصة وتطرقت إليها من حيث تعريف كل فئة من الفئات ونسبة انتشارها وتصنيفها ومظاهرها وأسبابها وقياسها وتشخيصها وخصائص أفرادها والبرامج المقدمة لها.

والله ولي التوفيق

المؤلفان

2003 م

الفصل الأول

1 التربية الخاصة

* مقدمة.
* مفهوم التربية الخاصة.
* أهداف التربية الخاصة.
* مراحل تطور التربية الخاصة.
* التنظيم الهرمي لبرامج التربية الخاصة.
* أسباب الاعاقة.
* الوقاية من الاعاقة.
* واقع التربية الخاصة في البلاد العربية.

التربية الخاصة

Special Education

مقدمة:

التربية الخاصة من المواضيع التي لاقت اهتماماً كبيراً عند العلماء في بداية القرن العشرين وحتى وقتنا الحاضر حيث تم الاهتمام بهم، والعمل على رعايتهم وتوفير البرامج التربوية لهم، والتشريعات التي تحفظ حقوقهم. بعكس العقود الماضية حيث كان التعامل معهم يتسم بالقسوة عند بعض المجتمعات، فنحن نجد في الأدب التربوي منذ عهد أفلاطون أن هذه الفئة من البشر كان يتم التخلص منهم بطرق كثيرة منها ما كان يتصف بالوحشية، وكانت التربية الرومانية واليونانية تعمل على التخلص من هذه الفئة من البشر، ونعتبرها فئة تشكل عبئاً ثقيلاً على المجتمع، لذا كان يتم التخلص منهم بواسطة القتل أو بأبشع من ذلك، فكان في اسبارطة يتم التخلص منهم عن طريق رميهم من أعالي الجبال للحيوانات المفترسة أو الطيور الجارحة. علاوة على ذلك فقد كان يربط المتخلفين عقليا أو ذوي الاضطربات النفسية بالسلاسل؛ لاعتقادهم بأن الشياطين يسيطرون على هذه الفئة من الناس، وكانوا يعاملون معاملة سيئة جداً حيث يوضعون في ملاجئ مظلمة ويضربون ضرباً مبرحاً لاعتقاد هؤلاء بأنهم سوف يتحسنون صحياً، وهذا مما ساعد على زيادة السوء الذي هم فيه. كما كان البعض يضعهم في أماكن ليست صحية ويربطون في السلاسل خوفاً على المجتمع من أذاهم.

ومع ظهور الديانات السماوية والتي طالبت بمعاملة هؤلاء معاملة إنسانية تحترم خصائص هذه الفئات وتحض على معاملتهم معاملة حسنة وأكدت على عدم الاساءة لهم خاصة ديننا الحنيف الذي جاء بمبادىء المساواة بين الناس، وأنه لا فرق بين انسان وآخر ولا فضل الا بالتقوى وأن الإنسان لا يطلب منه أي شيء لا يستطيع القيام به، حيث يقول الله سبحانه وتعالى ﴿لا يكلف الله نفساً إلا وسعها﴾ كما نجد في بعض القوانين الوضعية أيضاً ما يحث على معاملة هؤلاء معاملة حسنة مثل مبادىء حمورابي والذي جاء بمبدأ العين بالعين والسن بالسن وأن جميع بني البشر متساوون في الحقوق والواجبات ويبقى الحال كذلك حتى ظهر الكثير من العلماء المصلحين والذين أثبتوا أن كثيراً من الاعاقات يمكن التخفيف من أعراضها وتنمية قدرات أفرادها والوقاية منها. كما يمكن مساعدة المعاقين للإندماج في الحياة الطبيعية مع الأفراد العاديين في المجتمع.

مفهوم التربية الخاصة

من المواضيع الحديثة في ميدان التربية هي التربية الخاصة، فقد ظهر موضوعها منفصلاً في بداية النصف الثاني من القرن العشرين حيث بدأ الاهتمام بفئات التربية الخاصة، واعتبر عدم الاهتمام بهذه الفئة من الناس تخلف ثقافي وحضاري كما أنها مشكلة تهدد سلامة المجتمع وتزيد من هدر طاقاته المادية والبشرية. لذا فموضوعها ازدهر بشكل سريع جداً في نهاية القرن العشرين.

تمتد جذور موضوع التربية الخاصة إلى ميادين متعددة فيدخل في موضوعها الطب؛ لأن الكثير من الإعاقات تحتاج الى طبيب لتشخيص الحالات، وكذلك القانون إذ إن هذه الفئة تطالب حسب القانون بالمساواة بين الناس وعلم النفس حيث يتعرض ذوو الاعاقات إلى الإضطرابات النفسية. وهذا بدوره يحتاج إلى أخصائي اجتماعي. وأساليب تعلم متخصصة فردية تتناسب مع هذه الفئات المتعددة. كل ذلك من أجل مساعدة هذه الفئة على تنمية قدراتهم إلى أقصى حد ممكن وتحقيق ذواتهم ومساعدتهم على التكيف في المجتمع الذي ينتمون إليه.

عَرفت التربية الخاصة تعريفات متعددة يمكن اجمالها بما يلي:

هي كل البرامج التربوية المتخصصة التي تتناسب مع ذوي الحاجات الخاصة بحيث يمكن تقديم هذه البرامج التربوية الى فئات الأفراد غير العاديين وذلك من أجل مساعدتهم على تحقيق ذواتهم وتنمية قدراتهم إلى أقصى حد ممكن ومساعدتهم على التكيف في المجتمع الذي ينتمون إليه.

أما الأفراد غير العاديين Exceptional Individnals فهم الذين ينحرفون عن المتوسط بالإتجاه السلبي أو الإتجاه الإيجابي إنحرافاً ملحوظاً عن العاديين في نموهم العقلي أو الانفعالي أو الاجتماعي أو الحسي أو الحركي أو اللغوي، مما يتطلب بناء على ذلك الانحراف اهتماماً خاصاً من قبل المربين من أجل إعداد طرائق تشخيص لهم، ووضع برامج تربوية تتناسب مع هذه الاعاقات، وكذلك اختيار طرق تدريس تتناسب معهم من أجل تحقيق امكانياتهم وتنميتها إلى أقصى مستوى يستطيع الفرد المعاق أن يصل إليه، وان يدرك ما لديه من قدرات ويتقبلها، وأن يدرك حدود هذه القدرات وأن يمر بالخبرات

والمواقف التي تعمل على تطوير قدراته وإمكاناته لأقصى درجة تسمح بها إمكاناته وقدراته.

ويقصد بفئات الأطفال غير العاديين.

1- الموهبة والتفوق Gifedness and Talents.

2- الإعاقة العقلية Mental Retardation.

3- الإعاقة السمعية Hearing Impairement.

4- الإعاقة البصرية Visunal Impairement.

5- صعوبات التعلم Learning Disabilities.

6- الإعاقة الجسمية والصحية Physical and Health Impairement.

7- الاضطرابات السلوكية والإنفعالية Behavior Disorders.

8- التوحد Autisim.

9- اضطرابات التواصل Communication Disorders.

تعمل برامج التربية الخاصة في العادة في اتجاهين

1- الاتجاه الوقائي:

حيث حددت منظمة الصحة العالمية الاتجاه الوقائي 1976 على أنها تلك الإجراءات المنظمة والمقصودة هدفها الاساس هو عدم حدوث أو التقليل من حدوث الخلل أو القصور المؤدي الى العجز في الوظائف الفسيولوجية أو السلوكية عند الفرد وهذا يمكن السيطرة علية من خلال احدى الوسائل التالية

1- إزلة العوائق أو العوامل التي تسبب حدوث الاصابة بالخلل.

2- المساعدة من تقليل الآثار السلبية للإعاقة.

3- استخدام وسائل التشخيص الجيدة من أجل الكشف المبكر عن الإعاقة ويتم ذلك عن طريق قيام المستشفيات بدورها، وكذلك رياض الاطفال ووسائل الاعلام من أجل تحقيق السلامة الجسمية والعقلية والنفسية والاجتماعية، وكذلك الكشف المبكر للإعاقة لأن

الكشف المبكر للإعاقة قد يساعد على عدم ظهورها أو التقليل من خطرها وشدتها، كذلك على المجتمع أن يتدخل للتخفيف من وطأة الإعاقة عن طريق تقبل هذه الفئة ودعمها نفسياً واجتماعياً وتوفير البرامج المخصصة لها لتطوير قدراتها وإمكاناتها.

2- الإتجاه العلاجي:

يقوم الإتجاه العلاجي على إزالة القصور أو التخفيف من حدوث الإعاقة عن طريق التعويض. فعند الشخص المعاق سمعياً مثلاً يتم دعم الحاسة البصرية أو الحسية وذلك بتأهيل المعاق واستغلال امكانياته وطاقاته الكامنة إلى أقصى حد ممكن.

قد يجد الدارس لموضوع التربية الخاصة الكثير من المصطلحات التي تدل على فئة الاطفال غير العاديين مثل مصطلح الاطفال المعوقين Handicapped Children وهذا المصطلح يدل على الاطفال غير العاديين Exceptional Individualize فيما عدا الموهوبين، كذلك لا بد من التميز بين مصطلح غير العاديين وغير الاسوياء Abnormal children إذ يدل مصطلح غير الاسوياء على الاطفال الذين يعانون من الأمراض النفسية والعقلية، بينما الأطفال غير العاديين هم المنحرفون عن المتوسط في الاتجاه السلبي أو الايجابي. كما يجب التميز بين العجز Disability والاعاقة Handicap حيث تدل الأولى (العجز) على قصور عند الشخص في أداء الوظائف الفسيولوجية لديه، بينما تدل الثانية (الإعاقة) على عدم قدرة الفرد على تلبية متطلبات أداء دوره في المجتمع، أما مصطلح الاصابة Impirment اصابة الفرد قبل الولادة أو أثناءها بخلل فسيولوجي أو جيني أو سيكولوجي.

أهداف التربية الخاصة

تهدف التربية الخاصة الى ما يلي:-

1- التعرف الى فئة الأطفال غير العاديين ويتم ذلك بواسطة أدوات القياس والتشخيص المناسبة لكل فئة من هذه الإعاقات.

2- إعداد البرامج التعليمية التي تتناسب مع فئات التربية الخاصة والتي مر ذكرها سابقاً.

3- بعد إعداد البرامج التعليمية\يتم اختيار طرق التدريس لكل فئة من هذه الفئات ولكل

حـــالة من الحـــالات وذلك عن طريق الخطة التـــربوية الفـــردية Individualized Educational Plan لاختلاف هذه الفئات عن العاديين، حيث يعتبر كل شخص معاق حالة منفردة. وكذلك كل فئة تعتبر وحدة قد تختلف عن غيرها .

4- إعداد الوسائل التعليمية والتكنولوجية الخاصة لكل فئة من فئات التربية الخاصة حيث نجد أن كل فئة من هذه الفئات تحتاج الى وسائل تختلف عن الفئة الأخرى، فالمكفوفون مثلاً يحتاجون الى جهاز الأبتكون Optacon بينما لا تحتاج لهذا الجهاز الاعاقات الأخرى وهكذا.

5- إعداد برامج الوقاية من الإعاقة بشكل عام والعمل قدر المستطاع على تقليل حدوث الإعاقة عن طريق إعداد البرامج الخاصة بذلك.

6- مراعاة الفروق الفردية بين الطلاب وذلك بحسن توجيههم ومساعدتهم على النمو وفق قدراتهم واستعداداتهم وميولهم.

7- تهيئة وسائل البحث العلمي للاستفادة من قدرات الموهوبين وتوجيهها واتاحة الفرصة أمامهم في مجال نبوغهم.

8- العناية بالمتخلفين دراسياً والعمل على تطوير امكاناتهم وقدراتهم ووضع برامج خاصة ومؤقتة وفق حاجاتهم.

9- تأكيد كرامة الفرد وتوفير الفرص المناسبة لتنمية قدراته حتى يستطيع المساهمة في نهضة الأمة.

10- احترام الحقوق العامة التي كفلها الاسلام وشرع في حمايتها حفاظاً على الأمن وتحقيقاً لاستقرار المجتمع المسلم في الدين والنفس والنسل والعرق والمال.

11- تحقيق الكفاءة الشخصية والعمل على مساعدة الإنسان على الاعتماد على نفسه وذلك عن طريق إتقان المهارات اللازمة للتكيف مثل مهارات الحركة والتنقل ومهارات الاتصال مع الاخرين.

12- تحقيق الكفاءة الاجتماعية: حيث يتم تدريب الطفل المعاق على بعض المهارات اللازمة حتى يتمكن من التكيف مع مجتمعه وخاصة فيما يتعلق بالعادات والتقاليد الاجتماعية والمهنية والثقافية.

مراحل تطور التربية الخاصة

الشخص المعاق إنسان له حقوق وعليه واجبات لا يجوز تجاهله وهذا ما أكدت عليه الديانات السماوية وأشارت إليه القوانين الوضعية في العديد من الدول. ولكن رغم ذلك فقد كان ينظر إلى هذه الفئة من البشر وخاصة في القرن السادس عشر وحتى نهاية القرن التاسع عشر نظرة غير إنسانية. ولقد تنبهت المجتمعات لهذه الفئة من الناس، ويعتبر عدم الاهتمام بهذه الفئة من أهم عوامل التخلف وكذلك يعتبر عدم الاهتمام بهذه الفئة من العوامل التي تهدد سلامة المجتمع وتزيد من هدر طاقاته المادية، والمعنوية، والبشرية، وخاصة في المجتمعات التي هي في أمس الحاجة إلى هذه الطاقات، لذلك فقد اهتمت الدول الكبرى ومنها الولايات المتحدة في عهد الرئيس هربرت هوفر برعاية الأطفال وخاصة المعاقين، كما اشارت وثيقة الامم المتحدة التي اعتمدت في 20 كانون الأول عام 1971 الى حقوق الطفل المعاق: كحقه في التعليم بما يتناسب مع قدراته وبحيث يتاح للطفل كفرد من المجتمع تحقيق امكاناته وقدراته وتلبية حاجاته وتحقيق الحياة الكريمة له والحق في ان يعيش داخل مجتمع يتفهم قدراته ويخلص في رعايته ويحقق له الكفاية الاقتصادية. كما أن المادة الخامسة من الإعلان العالمي لحقوق الطفل الصادر في (20) نوفبر 1969 أكدت على ضرورة رعاية الأطفال، ومنهم المعاقون كحق من حقوقهم وكواجب انساني وتربوي، وكذلك العديد من المنظمات الانسانية و العالمية مثل اليونسكو واليونسيف والمنظمة الدولية للصحة، وكذلك المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم في جامعة الدول العربية سارت بهذا الاتجاه نحو ضرورة رعاية الطفل بحسب قدراته وتعليمه بالقدر الذي يستطيع. كما عقد في الكويت حلقة تربوية 1973 ودعت اليها ادارة التربية والثقافة في الجامعة العربية لبحث الانجازات التي قدمت لفئة المعاقين حيث تبين أن معظم الدول العربية لم تقدم شيء يذكر لهذه الفئة. لذا فقد دعت في توصياتها إلى ضرورة أن تقدم الدول العربية المناهج الدراسية المسايرة لأوضاع هذه الفئة، وأن تساعد في تقديم الأجهزة والوسائل المعينة لتعليمهم وأن تساعد في تغير نظام الامتحانات، كما طالبت بإقامة دورات تدريبية للمعلمين من أجل فهم خصائص هذه الفئات وطرق رعايتهم وتعليمهم.

أما في أوروبا فلا نجد في الأدب التربوي أي اشارة إلى الاهتمام بهذه الفئة حتى ظهور

حركة الاصلاح والثورة الفرنسية والثورة الصناعية، حيث أصبح الإنسان يعامل بغض النظر عن الإعاقة الموجودة لديه كانسان له حقوق وعليه واجبات، وبناء على ذلك ظهر في أوروبا ما يسمى بحقوق الانسان.

ومن أوائل العلماء الذين اهتموا بالتربية الخاصة جين ايتارد Jean, Itard وهو طبيب فرنسي يعتبر من أوائل المؤرخين للتربية الخاصة اهتم بتربية وتشخيص الصم وتدريبهم وقد قام هذا الطبيب الفرنسي بتدريب طفل وجد في غابات افيرون في فرنسا 1798 حيث وجد عاريا يمشي على اربع. ثم جاء بعدة سيجان Edwavcl segan حيث وضع خطة لتدريب القاصرين عقلياً وانشأ اول مدرسة لهم في جامعة بنسلفانيا 1896 تحت ادارة وتمر Wetmar، وظهر بعد ذلك جالتون Galton الذي اهتم بدراسة الوراثة (وراثة الصفات الانسانية) واهتم بدراسة الفروق الفردية وكذلك ابنج هاوس EbengHouse الذي اهتم بالاضطرابات العقلية واستخدام الأساليب العلمية لمعاجتها حيث كانت تعالج في الماضي عن طريق الشعوذة. أما الطبيب الفرنسي الذي كان له الأثر الأكبر في دراسة الاضطرابات العقلية فهو أبو الطب النفسي الحديث بنيل Banel حيث عمل على دراسة الاضطرابات العقلية ومعالجتها، وأمر بنزع القيود الحديدية من المرضى حيث اثبت أنها تعتبر من الأسباب التي تؤدي الى الإضطرابات وتعمل على تخريب بعض الانسجة الدماغية وتسبب مرض الزهري وتصلب الشرايين وهذا ما تسببه بعض أنواع العقاقير، ويعتقد بنيل Banel أن قيام العضوية السليمة بعمل غير سوي يعود إلى الأسباب التالية:-

1- نظر الشخص نظرة خاطئة إلى نفسه (تدني اعتبار الذات).

2- علاقته بمن حوله.

3- كون عاداته الفكرية منحرفة.

ثم جاءت منتسوري Mavia Montessori سنة 1970 وهي سيدة ايطالية عملت في الطب وأسست مدارس تعرف باسمها للأفراد المعاقين ثم جاء هوي 1801 حيث تخرج من جامعة هارفود وأسس مدرسة للمكفوفين في مدينة واترتون Waterton بوزية ماسوتتوس (The per- kins school for the Blind) . وقد تعلم على يد هوي Howi هيلين كلر Helen Keller ولورابداغمان Leauva Bridgman ثم توماس جالندت Tomas H. Gallendet حيث اهتم

بالصم واسس اول مدرسة عرفت بإسمه في مدينة هارت في نيويورك واسس كلية للصم في واشنطن The Gallandet College.

أما بعد الثورة النازية فقد ظهر كلا من ماريا فروستج Mavianne Frostig, 1938 حيث كانت تعمل اختصاصية نفسية في النمسا وبولندا وقد اهتمت بالمعاقين عقليا وكان لها الفضل في دراسة صعوبات التعلم Learning Disabilites ، ثم جاء الفرد ستراوس Al-freed Strawss ومايكل بست Mykilbust وكان لهم دوراً كبيراً في دراسة صعوبات التعلم وتحديد خصائص الفرد الذي يعاني من صعوبات التعلم ودراسات عديدة حول هذا الموضوع، ثم جاء هوبس Nicholas Hobbs, 1960 وقد ركز في دراساته على المضطربين انفعاليا. وظهر بعد ذلك جولدبرج Goldberg الذي طالب بالاستفادة من النقد الكبير في التربية الخاصة الموجودة في الدول الاسكندنافية، كما ظهر ايضاً بور Bower الذي اهتم بالاضطرابات السلوكية وكذلك ودي وهيوت ومن خلال استعراض مراحل تطور التربية الخاصة عن طريق الأدب التربوي نلاحظ أن الاهتمام بفئات التربية الخاصة قد تطور بشكل ملفت للنظر وخاصة في نهاية السبعينات من القرن الماضي وحتى هذه الايام ومما يدل على ذلك ما يلي :

1- إزدياد عدد الورشات التدريبية للعاملين في هذا الميدان.

2- انتشار الكليات المتوسطة وكذلك اهتمام الجامعات في دراسة هذا التخصص في الدول العربية مثل الاردن والسعودية.

3- الاهتمام المتزايد بفئة ذوي الاحتياجات الخاصة في كل المجتمعات العربية، حيث أنشئت لهم الجمعيات الخاصة وكذلك انشاء العديد من الوزارات في الدول العربية التي ترعى شؤونهم مثل قسم التربية الخاصة التابع لوزارة التنمية الاجتماعية في الأردن وكذلك وزارة التربية والتعليم والتي أفرزت قسماً خاصاً لهذه الفئة.

التنظيم الهرمي لبرامج التربية الخاصة

1- مراكز الإقامة الكاملة Residential Schools

في هذه المراكز يتم عزل الطالب المعاق في مراكز خاصة وتقدم هذه المراكز الخدمات الإيوائية والصحية والاجتماعية والتربوية، كما يسمح لأولياء أمور هؤلاء الطلاب بزيارة أبنائهم في المناسبات المختلفة. وهذه المراكز ظهرت بعد الحرب العالمية الاولى وقد وجدت في الماضي على شكل مراكز ايوائية لإبعاد المعوقين عن المجتمع من اجل اتقاء شرورهم أو لرغبة الآباء في إبعاد هؤلاء حرجاً من المجتمع. وقد تم توجيه الكثير من النقد إلى هذه المراكز أهمها عدم توفير الخدمات الصحية والتربوية المناسبة لهم.

2- مراكز التربية الخاصة النهارية Specail Day care school

هذه المراكز تستقبل الطلبة المعوقين خلال النهار فقط وأنشئت نتيجة للنقد الشديد الذي وجه لمراكز الإقامة الدائمة. وفي هذه المراكز يقدم للأطفال المعوقين خدمات تربوية واجتماعية خلال النهار، وفي الغالب من الثامنة صباحاً وحتى الثالثة بعد الظهر ثم يعود هؤلاء إلى منازلهم. هذه المراكز تقدم خدمات تربوية وإجتماعية وتعليمية لهؤلاء الأطفال ثم يعودون إلى منازلهم لقضاء باقي الوقت مع أسرهم أي في نفس الجو الطبيعي للطفل. بالرغم من الخدمات التي تقدمها هذه المراكز إلا إنها تعرضت لبعض الانتقادات أهمها صعوبة توفير المكان المناسب لإقامة المراكز النهارية، وقلة عدد الاخصائين في ميادين التربية الخاصة المختلفة وصعوبة المواصلات. لذا ظهرت فكرة المدرس الزائر Resource Teacher ومهمته مساعدة معلم هؤلاء الطلبة لحل مشاكلهم وكيفية التعامل معهم وتقديم الخدمات المختلفة لهم.

3- الصفوف الخاصة الملحقة بالمدرسة العادية Special classess withinn Reguler school.

ظهرت هذه الصفوف في المدارس العادية نتيجة للانتقادات التي وجهت إلى مراكز التربية الخاصة النهارية، ونتيجة لتغير الاتجاهات العامة نحو المعوقين من السلبية الى الإيجابية. ويخصص في هذا النوع من البرامج صفوف خاصة للأطفال المعوقين عقليا أو سمعيا أو بصريا أو حركيا ملحقة بالمدرسة العادية، وغالبا ما يكون عدد الاطفال المعوقين في الصف الخاص قليلاً لا يتجاوز عشرة طلاب، يتلقى هؤلاء الطلبة برامج تعليمية في صفوفهم الخاصة من قبل مدرس التربية الخاصة. كما يتلقون برامج تعليمية مشتركة في

الصفوف العادية وفي نفس المدرسة مع زملائهم من الطلبة العاديين. هذا النوع من البرامج يساعد على زيادة فرص التفاعل الاجتماعي والتربوي بين الأطفال العاديين والمعوقين.

4- الدمج الأكاديمي Mainstreaming.

ظهر هذا البرنامج نتيجة للانتقادات التي وجهت للصفوف الملحقة بالمدرسة العادية، ولزيادة الاتجاهات الإيجابية التي ظهرت نحو مشاركة الطلبة المعوقين مع العاديين في الصفوف الدراسية العادية، وهذا الأسلوب يقوم على وضع الطفل المعوق مع العادي في بعض المواد الدراسية ولزمن محدد بحيث يتمكن الطفل غير العادي من الاستفادة من الطفل العادي شريطة تهيئة الظروف المناسبة لانجاح هذه الفكرة مثل توفر الاخصائيين في التربية الخاصة وكذلك اخصائيين في تخطيط البرامج وتهيئة الطلبة نفسياً لتقبل هذا الأسلوب وخصوصاً العاديين.

ويُشير كوفمان Kuaffman الى وضع الطفل المعوق في أقل البيئات التربوية تقيداً ويقصد بذلك وضعه في المدرسة العادية ويتضمن هذا الاتجاه الجديد في تعليم الاطفال المعوقين ثلاثة مراحل هي:

1- مرحلة التجانس بين الطلبة العاديين والمعوقين.

2- مرحلة تخطيط البرامج التربوية وطرق تدريسها لكل من الطلبة العاديين والمعوقين.

3- مرحلة تحديد المسؤوليات الملقاة على عاتق أطراف العملية التعليمية من إدارة مدرسية ومعلمين ومشرفين... الخ.

5- مرحلة الدمج الإجتماعي Normalization.

تعتبر مرحلة الدمج الإجتماعي مرحلة متقدمة من مراحل تطور برامج التربية الخاصة للمعوقين. إذ إنها تعكس الإتجاهات الاجتماعية الايجابية نحو المعوقين. ويقصد بذلك العمل على دمج المعوقين في الحياة الاجتماعية العادية، وتبدو عملية الدمج هذه من مفهومين رئيسين: الأول هو الدمج في مجال العمل Vocational placement وتوفير الفرص المهنية المناسبة للمعوقين للعمل كأفراد منتجين في المجتمع وتقبل ذلك إجتماعياً أما المظهر الثاني فيبدو في الدمج السكني Residential placement بحيث تتاح الفرصة للمعوقين للسكن والإقامة في الأحياء السكنية العادية كأسر مستقلة وما يشمله ذلك من كل الاجراءات الضرورية واللازمة لتقبل هذه الاسر والتعامل معها بإيجابية. (الروسان، 1987).

أسباب الإعاقة:

يعتبر التعرف على أسباب الإعاقة من الأهداف الرئيسة للتربية الخاصة وذلك من أجل وضع برامج للوقاية من الإعاقات. لذا فقد بذل العلماء جهوداً كبيرة من خلال الدراسات العلمية والأبحاث المختلفة لمعرفة أسباب حدوث الاعاقة. وتعتبر الكثير من العوامل المسببة للإعاقة غير معروفة. فعلى سبيل المثال فإن العوامل المسببة للإعاقة العقلية والمعروفة للأخصائيين التربويين والأطباء لا تزيد عن 25% ونسبة 75% الباقية غير محددة الأسباب. ويشير كوفمان Koffman إن نسبة معرفة أسباب حدوث الاعاقة بشكل عام والإعاقة العقلية على وجه الخصوص لا يمكن تحديدها بنسبة 80-90% من الحالات. وهذا سيتطلب جهوداً كبيرة لمواجهة حالات الاعاقة ومعرفة أسبابها. وعند مطالعتنا لأسباب الإعاقات المختلفة نجد مثلاً: الحصبة الالمانية التي تصاب بها الأم أثناء الحمل خصوصاً في الشهور الأولى للحمل قد تسبب الإعاقة العقلية أو السمعية أو البصرية أو جميعها عند الطفل. وكذلك تناول العقاقير أو الادوية بدون إستشارة الطبيب أو تعرض الام الحامل لأشعة X.

ويمكن تلخيص الأسباب الرئيسة المؤدية أو المحتملة لحدوث الإعاقات ما يلي:-

أولاً: الأسباب الوراثية:

تعتبر الأسباب الوراثية من الأسباب الرئيسة التي تؤدي إلى حدوث الإعاقات حيث إن صفة وراثية سائدة لدى احد الوالدين تحتمل ظهورها لدى الطفل بواقع (3:1) وقد تكون صفة متنحية يحملها كلا الوالدين وهما قادران على توريثها للطفل. ومما يجدر ذكره هنا إلى ارتفاع العوامل الوراثية المسببة لبعض الاعاقات في الوطن العربي نتيجة زواج الأقارب وعدم الفحص الطبي قبل الزواج. وتعتبر الإضطرابات الكروموسومية أيضاً من العوامل الوراثية المسببة لحدوث الإعاقات وكذلك الإضطرابات في عملية التمثيل الغذائي والأيض Metabolic Disorders.

ثانياً: أسباب ما قبل الولادة:

تعتبر الامراض التي تصيب الام الحامل قبل الولادة أو أثناء الحمل كالحصبة الالمانية حيث يعمل فيروس الحصبة على حدوث خلل في الجهاز العصبي المركزي للجنين وخاصة

في المراحل الأولى من الحمل مما يؤدي للإصابة بإحدى الإعاقات العقلية أو السمعية أو البصرية أو الحركية، وكذلك اصابة الام بأحد الامراض الجينية أو سوء التغذية للام الحامل أو تعرضها لأشعة أكس أو تناول العقاقير والادوية دون استشارة الطبيب. من العوامل المسببة لحدوث الإعاقات. كما أن البيئة الملوثة بالمواد الكيماوية. خاصة في المناطق الصناعية حيث مخلفات المصانع السامة تؤدي بطريقة مباشرة وغير مباشرة إلى حدوث الإعاقة وكذلك إختلاف العامل الرايزيسي RH بين الأم والجنين خاصة عند الولادة الثانية والذي يعمل على تكوين أجسام مضادة تقضي على الجنين أو تؤدي إلى حدوث إعاقة.

أسباب أثناء الولادة:

تعتبر الأسباب التالية من العوامل المسببة لحدوث الإعاقة أثناء الولاد وهي:-

1- نقص الأوكسجين أثناء عملية الولادة والتي تؤدي في كثير من الاحيان إلى الوفاة أو الإصابة بإحدى الإعاقات وذلك لعدم تغذية خلايا الدماغ أو القشرة الدماغية عند المولود مما يؤدي إلى تلفها.

2- الصدمات الجسدية التي تحدث للجنين خصوصاً في منطقة الدماغ مما يؤدي لإصابة خلايا الدماغ. وسببها خطأ طبي من الطبيب أو القابلة.

3- الإلتهابات المختلفة التي قد يصاب الطفل بها والناتجة عن استخدام أدوات غير معقمة أثناء الولادة أو ولادة الطفل في جو ملوث مما يشكل خطر على الطفل المولود مثل الموت أو الاعاقة.

أسباب ما بعد الولادة:

حيث تعتبر الأسباب التالية من العوامل المسببة لحدوث الإعاقة بعد الولادة وهي:-

1- سوء التغذية للطفل والذي يؤدي إلى شكل من أشكال الإعاقة ويعتبر سوء التغذية من العوامل المسببة للإعاقة عند الفئات الفقيرة.

2- الحوادث والصدمات وخاصة التي تحدث في الرأس.

3- الأمراض والالتهابات وخاصة التي يصاحبها ارتفاع في درجة الحرارة مما يؤدي الى الاصابة بالسحايا وخاصة في السنوات الثلاث الاولى من العمر.

4- إصابات شبكة العين مما يؤدي إلى إعاقة بصرية.

5- إصابات طبلة الأذن أو زيادة المادة الصمغية قد تسببان الإعاقة السمعية دون غيرها والالتهابات وتصلب الأذن كذلك.

الوقاية من الإعاقة:

أصبح الاهتمام في العصر الحالي ببرامج الوقاية بشكل كبير من خلال ما يسمى ببرامج التدخل المبكر وتقسم برامج الوقاية الى ثلاث مستويات.

المستوى الأول: يهدف إلى منع حدوث الإعاقة ويكون التركيز في هذا المستوى على الفحوصات الطبية قبل الزواج ودراسة التاريخ الأسري والوراثي للعائلات لمنع حدوث الإعاقة قدر الإمكان ويتضمن هذا المستوى توفير الرعاية للأمهات والأطفال وتحسين المستوى الغذائي وتقديم التطعيم ضد الإصابات المختلفة.

المستوى الثاني: ويشمل الرعاية والعناية لمنع حدوث العجز بعد الاصابة وبذلك يكون الهدف من البرامج الوقاية الثانوية. والكشف عن الاطفال المرضى والتدخل العلاجي أو الجراحي المبكر.

المستوى الثالث: الوقاية الثلاثية وتهدف هذه البرامج من هذا المستوى إلى وقف تدهور حالة الطفل وضبط المضاعفات الناجمة عن العجز وتوفير الوسائل المساعدة مثل الأطراف الصناعية وغيرها من الوسائل لمساعدة ذوي الحاجات الخاصة على التكيف في المجتمع.

«حقيبة تعليمية في التربية الخاصة / كلية المعلمين بجدة»

واقع التربية الخاصة في البلاد العربية

لا توجد في معظم الدول العربية إحصاءات دقيقة تظهر عدد المعوقين، وذلك لندرتها في هذا المجال. إلا أنه يمكن القول إن هناك أعداداً كبيرة من المعوقين في المجتمعات العربية استنادا إلى ما يلي

حسب إحصاءات المنظمات الدولية كاليونسيف واليونسكو التي تعين بين 10-12% من سكان أي دولة من ذوي الاحتياجات الخاصة، وترتفع النسبة الى 15% في الدول النامية بشكل عام. فعلى سبيل المثال فإن احصاءات المشروع الوطني في المملكة العربية السعودية

يقدر عدد المعوقين في المملكة بحوالي 500,000 معوق. ربما يعود سبب ارتفاع عدد المعوقين في البلاد العربية الى ما يلي:

1- ارتفاع معدل الفقر وتدني مستوى الخدمات الصحية والاجتماعية.

2- ارتفاع مستوى الأمية بين النساء.

3- المشكلات التي تعاني منها المجتمعات العربية كحوادث السيارات، والإصابات المنزلية، والمخدرات.

4- إنتشار زواج الأقارب في المجتمعات العربية وعدم إلزامية الفحص الطبي قبل الزواج..

إلا إنه يمكن النظر الى واقع خدمات التربية الخاصة في البلاد العربية كما يلي:-

اولاً: ما زالت الخدمات في طور البناء والتطور (حديثة العهد).

ثانياً: عدم شمولية الأفراد المحتاجين للخدمات حيث تشير الدراسات إلى أن 2% فقط من مجموع ذوي الاحتياجات الخاصة يتلقون خدمات تربوية واجتماعية.

ثالثاً: الحاجة إلى كوادر فنية متخصصة في مجال التربية الخاصة.

رابعاً: الحاجة إلى خدمات وبرامج التدخل المبكر.

الفصل الثاني

2 الموهبة والتفوق

* مقدمة
* تعريف الموهبة والتفوق.
* نسبة الانتشار للموهوبين والمتفوقين.
* تاريخ الاهتمام بالموهوبين والمتفوقين.
* دور العوامل الوراثية والبيئية في الموهبة والتفوق.
* الكشف والتعرف على الأطفال الموهوبين والمتفوقين.
* قياس وتشخيص الموهبة والتفوق.
* الخصائص السلوكية للأطفال الموهوبين والمتفوقين.
* البرامج المقدمة للأطفال الموهوبين والمتفوقين.
* الاتجاهات العامة في تربية الموهوبين.
* واقع تربية الموهوبين في الأردن.

الموهبة والتفوق

مقدمة

تعددت المفاهيم والمصطلحات التي عبرت عن مفهوم الطفل الموهوب فقد استخدم مصطلح الطفل المبدع (creative child) ومصطلح الطفل المتفوق (superior child) ومصطلح الطفل الموهوب (talented child)، واستخدمت هذه المصطلحات للدلالة على مجموعة من الافراد الذين يتميزون بدرجة عالية من الذكاء وبتحصيل أكاديمي مرتفع أو بقدرات ومواهب خاصة. وفي السابق كان الاعتماد الأساسي في تحديد الموهبة على اختبارات الذكاء واختبارات التحصيل فقد كان الفرد يعتبر موهوباً إذا حصل على أداء عال ومرتفع في اختبارات الذكاء والتحصيل مقارنة بالفئة العمرية التي ينتمي إليها الفرد.

ومع تطور المحكات التي استخدمت للدلالة على الطفل الموهوب والتفوق، فلم يعد مفهوم الذكاء كقدرة عقلية عامة مقبولاً عند الكثيرين بعد التوصل إلى ما يمسى بمفهوم التفكير التباعدي والذي يشير إلى قدرة الفرد على ايجاد استجابات مرنة ومتنوعة، وفيها إبداع أما بالنسبة للمفهوم الآخر فهو التفكير التقاربي والذي يتم قياسه من قبل اختبارات الذكاء التقليدية والتي يطلب فيها من الفرد إعطاء استجابة واحدة ومحددة وتكون هي الصحيحة (Gardner, 1993)

لذلك وبناء على الأبحاث التي أجريت لتحديد مفهوم الموهبة والتفوق فإن الاعتماد على قياس الذكاء في تحديد الموهبة والتفوق يبقى قاصراً وغير مكتمل، إذا لم تحتوي اختبارات الذكاء على قياس الأصالة أو الإبداع أو التفكير المنتج، ولذلك فقد تم التركيز على القدرات الخاصة للأفراد واختبارات التحصيل واختبارات الذكاء كمحكات للدلالة على تفوق الفرد وموهبته.

المبررات الرئيسية التي دعت إلى الاهتمام بالموهوبين.

قديماً كانت المجتمعات لا تعير اهتماماً بالموهوبين ولم تطور برامج خاصة بهم تعمل على تحقيق أقصى ما تسمح به طاقاتهم، مما أدى إلى تسرب بعض الطلاب المتفوقين والموهوبين من المدارس وتعتقد لون (Lyon, 1981) أن عدم الاهتمام بالموهوبين وعدم تقديم برامج لهم يعود إلى أسباب رئيسية منها:

1- الاعتقاد بأن الأطفال الموهوبين والمتفوقين ليسوا بحاجة إلى تقديم برامج المساعدة لهم. وذلك لقدرتهم على الإنجاز في كل الظروف.

2- الاعتقاد بأن تقديم البرامج الخاصة للموهوبين والمتفوقين يعمل على ترسيخ مفهوم ما يسمى بالنخبة أي ما يسمى بتشجيع أشكال التمييز بين الأفراد.

3- الاعتقاد بأن المعلمين يميلون إلى قبول الأطفال الموهوبين والمتفوقين ولذلك فهم يحصلون على الحب والاهتمام من قبل المعلمين وبذلك تلبى حاجاتهم من الحب والقبول من قبل المعلمين.

4- الاعتقاد بأن عدم توفير المخصصات والمواد المالية تعمل على منع تطوير البرامج التربوية الخاصة بالأفراد الموهوبين والمتفوقين.

وفيما يلي تفنيداً لهذه الأسباب والتي اعتمدت عليها بعض المجتمعات لتبرير عدم الاهتمام والعناية بالأفراد الموهوبين والمتفوقين وعدم تقديم البرامج الخاصة بهم:

1- تشكل نسبة الأطفال الموهوبين والمتفوقين حوالي 3% على منحنى التوزيع الطبيعي والمقصود بذلك اختلاف خصائص وحاجات هذه الفئة عن الأطفال العاديين.

2- يواجه الأطفال الموهوبين والمتفوقين مشكلات مع البرامج العادية التي تقدم لهم، فهي لا تلبي حاجاتهم ولا تتحدى قدراتهم مما تدفع بهم إلى الخمول وعدم الاهتمام، وبذلك فهم بحاجة إلى برامج ومناهج تربوية تختلف في محتواها عن برامج ومناهج الأطفال العاديين.

3- يواحه الأطفال الموهوبين والمتفوقين مشكلات مع المعلمين حيث لا يكترث المعلمون بشكل عام بالتلاميذ المتفوقين بل قد يعاملونهم بعدم الاهتمام ولا تلبي طرق التدريس التي يتبعها هؤلاء المعلمون حاجات التلاميذ الموهوبين والمتفوقين، مما يؤثر على اتجاه المتفوق نحو نفسه وعدم الثقة بقدراته ولذلك فالأطفال الموهوبين بحاجة إلى معلمين يفهمون قدراتهم وإمكاناتهم وتقديم البرامج الخاصة لهم وطرق التدريس التي تتواءم مع احتياجاتهم لتطوير قدراتهم إلى أقصى درجة ممكنة.

(الخطيب، الحديدي، 1997)

تعريف الموهبة والتفوق

ظهرت تعريفات عديدة للموهبة والتفوق، وبعض تلك التعريفات ركزت على التحصيل الأكاديمي المرتفع للدلالة على الموهبة والتفوق والبعض الآخر ركز على القدرة العقلية المرتفعة لاختبارات الذكاء المقننة، في حين ركز بعضها على جوانب الابداع أو القدرات الخاصة أو السمات الشخصية والعقلية.

ونتيجة لاختلاف الباحثين في تعريف الموهبة والتفوق أدى ذلك إلى اختلافهم في كيفية قياس وتحديد الموهبة والتفوق، فبينما يميل بعضهم إلى اعتماد اختبارات الذكاءالمقننة سواء أكانت اختبارات الذكاء الفردية المقننة أو اختبارات القدرات الخاصة، أو التركيز على التحصيل الأكاديمي المرتفع، أو مقاييس الإبداع أو التركيز على مقاييس السمات الشخصية والعقلية. يركز بعض الباحثين في تحديد الأشخاص الموهوبين والمتفوقين على تقديرات المعلمين أو الأهل أو الأقران أو جميع هذه الطرق مجتمعة.

كذلك فإن هناك إختلاف بين الباحثين في تحديد مقدار نسبة الموهبة والتفوق على منحنى التوزيع الطبيعي فالبعض يعتمد أعلى 5% في القدرة العقلية العامة على اختبارات الذكاء المقننة، أو القدرات الخاصة بالطفل مقارنة بالمجموعة العمرية التي ينتمي إليها الفرد. بينما يعتمد البعض نسبة 1% فقط.

وبالرغم من الاختلاف بين الباحثين في تحديد مفهوم الموهبة والتفوق وصعوبة تحديد ماهية الطفل الموهوب والمتفوق، إلا إنهم يتفقون أن هذه الفئة تحتاج إلى برامج تدخل مبكر لإثراء وتنمية قدرات هذه الفئة للوصول إلى أقصى مدى تسمح به قدراتهم.

ظهرت العديد من التعريفات الخاصة بالأطفال الموهوبين والمتفوقين والتي يمكن تصنيفها إلى مجموعتين هما:-

أولاً: الاتجاهات القديمة في تعريف الموهبة والتفوق

ركزت التعريفات السيكومترية (الكلاسيكية) على القدرة العقلية والتي تقيسها اختبارات الذكاء المقننة والتي يعبر عنها نسبة الذكاء، حيث اعتبرت إن الطفل الموهوب هو الذي يحصل على نسبة ذكاء مرتفعة على اختبارات الذكاء، وحددت نسبة الذكاء 140 فأكثر

حيث اعتبرت هذه النسبة هي الحد الفاصل بين الطفل الموهوب والعادي وفي الستينات من القرن الماضي أضيف بعد الأداء المتميز وخاصة المهارات الفنية والاجتماعية والموسيقية والكتابية والميكانيكية، وقد تبنى هذا التعريف كيرك Kirk وجليفورد Guilford وغيرهم حيث أشاروا إن الطفل الموهوب هو ذلك الفرد الذي يتميز بقدرة عالية على التفكير الإبداعي، وبذلك تكون الاتجاهات القديمة ركزت على نسبة الذكاء والقدرة على التفكير الإبداعي فقط ونتيجة لذلك فقد برزت انتقادات لهذه الاتجاه سنتحدث عنها عند الحديث عن الاتجاهات الحديثة.

ثانياً: الاتجاهات الحديثة في تعريف الموهبة والتفوق.

برزت الاتجاهات الحديثة في تعريف الموهبة والتفوق نتيجة للانتقادات التي وجهت للتعريفات القديمة أو السيكومترية للموهبة ومن هذه الانتقادات ما يلي:-

أ- إن مقاييس الذكاء كمقاييس ستانفورد بينيه أو مقياس وكسلر لا تقيس القدرات الإبداعية أو الموهبة الخاصة أو السمات الشخصية وإنما تقيس نسبة الذكاء والذي يشار إليه بالقدرة العقلية العامة.

ب- الانتقادات الموجه إلى اختبارات الذكاء كالتحيز الثقافي والطبقي والعرقي وهناك مشكلات تتعلق بصدق وثبات هذه الاختبارات.

ج- نقص قدرة اختبارات الذكاء على قياس القدرة على التفكير المحدد باستجابات معينة كذلك نقص قدرتها على قياس التفكير الابتكاري.

(الروسان، 2000)

وظهرت تعريفات حديثة للموهبة والتفوق في أوائل السبعينات من القرن الماضي ويذكر مارلند (Marland, 1972) إن الطفل الموهوب هو ذلك الفرد الذي يظهر أداء متميزاً في التحصيل الأكاديمي وفي بعد أو أكثر من الأبعاد التالية:-

1- قدرة عقلية عامة.

2- التفكير الابتكاري والإبداعي.

3- الاستعداد الأكاديمي.

4- القدرة القيادية.

5- المهارات الفنية.

6- المهارات الحركية.

واقترح رينزولي Renzulli أن الموهبة والتفوق هي محصلة التفاعل بين ثلاث من الخصائص وهي:-

1- القدرة العقلية العامة وتكون فوق المتوسط.

2- القدرة العالية على الالتزام في المهمة المطلوبة.

3- مستوى عالٍ من الإبداع.

فالطفل الموهوب من وجهة نظر رينزولي هو ذلك الطفل الذي يتمتع بقدرة عقلية عالية تظهر على شكل أداء متفوق في المدرسة مقارنة بالمجموعة العمرية التي ينتمي إليها، كما تقيسها اختبارات التحصيل المدرسية، بالاضافة إلى تمتع الطفل بالمثابرة والدافعية والتحصيل في أداء المهمة المطلوبة منه، ويتمتع كذلك بأداء مرتفع على اختبارات الذكاء المقننة مقارنة بالمجموعة العمرية التي ينتمي إليها.

إن التعريف الذي يلقي قبولاً واسعاً في أوساط الباحثين هو التعريف الذي تبناه مكتب التربية الأمريكي حيث يشير إن الأطفال الموهوبين والمتفوقين هم أولئك الذين يتم التعرف عليهم من قبل أشخاص مهنيون مؤهلون ولديهم قدرات أدائية عالية في مجال القدرة العقلية العامة، وقدرات تحصيلية محددة والقدرة على التفكير المنتج، والقدرة القيادية ويتميز بفنون بصرية أدائية مميزة، ويحتاج هؤلاء الأطفال إلى برامج تربوية مختلفة عن التي تقدم في المدارس العادية من أجل تنمية قدراتهم والوصول بها إلى أقصى درجة تسمح بها طاقاتهم وقدراتهم.

وبشكل عام يجمع الاتجاه الحديث في تعريف الموهبة والتفوق على عدد من المعايير المستخدمة في تعريف الطفل الموهوب والمتفوق وهي أن الطفل الموهوب يظهر أداء متميزاً مقارنة مع المجموعةِ العمرية التي ينتمي إليها في واحدة أو أكثر من المعايير التالية:-

1- القدرة العقلية العالية (حيث تزيد نسبة ذكاء الفرد بمقدار انحرافيين معياريين عن المتوسط أي 130 نسبة الذكاء فأكثر).

2- القدرة على التحصيل المرتفع.

3- القدرة الابداعية العالية.

4- القيام بمهارات متميزة كالمهارات الفنية واللغوية والرياضية وغيرها.

5- التميز بسمات شخصية وعقلية كالمثابرة والدافعية العالية.

نسبة انتشار الأطفال الموهوبين والمتفوقين.

تختلف نسبة انتشار الأطفال الموهوبين في المجتمع باختلاف المعايير المستخدمة في تعريف الموهبة والتفوق، فإذا كانت نسبة الذكاء تزيد عن IQ130 أي بمقدار انحرافين معيارين عن المتوسط على اختبارات الذكاء المقننة، فإن النسبة تكون بمقدار 3%، أما إذا كان المعيار المستخدمة في قياس القدرة العقلية هو نسبة الذكاء IQ145 أي بمقدار ثلاثة انحرافات معيارية على منحنى التوزيع السوي فإن نسبة الذكاء تكون حوالي 1% أي تقل النسبة. وإذا استخدمنا أكثر من معيار بجانب القدرة العقلية فإن نسبة الأطفال الموهوبين والمتفوقين سوف تقل أي كلما زاد عدد المعايير المستخدمة قل عدد الأطفال الموهوبين والعكس صحيح أي كلما قل عدد المعايير المستخدمة في تحديد الطفل الموهوب والمتفوق زاد عدد الأفراد الموهوبين والمتفوقين.

وتشير معظم الدراسات العلمية أن ما يقارب من 3-5% من طلاب المدارس هم من الموهوبين كما أشار إلى ذلك ميرلند (Marland, 1972).

تاريخ الإهتمام بالموهوبين والمتفوقين.

يعتبر فرانس جالتون أول من قدم تعريفاً للموهبة واستخدم مصطلح العبقرية للدلالة على الموهبة والتميز وأشار أنها صفة وراثية ولا علاقة للبيئة في تشكيل العبقرية.

وفي عام 1905م طور الفرنسي ألفرد بنييه (Afred Binet) وثيوفيل سيمون (Theo-phile Simon) مقياس لقياس الذكاء وطور تيرمان هذا المقياس فيما بعد، واصبح يعرف باسم مقياس ستانفورد - بينيه وقام تيرمان بدراسة استمرت حوالي 35 عاماً حيث بدأت هذه الدراسة عام 1921 بهدف دراسة خصائص وسمات المتفوقين والموهوبين الجسمية والعقلية والانفعالية، وقد اختار لهذه الدراسة 1528 طفلاً تراوحت نسب ذكائهم ما بين

140 فما فوق وقد بلغ متوسط أعمار 70% منهم حوالي 10 سنوات أما 30% فقد بلغ متوسط أعمارهم حوالي 15 سنة وقد استعان في دراسته باستمارات خاصة أرسلت إلى الآباء والمدرسين واجراء الاختبارات التحصيلية وقد فندت هذه الدراسات العديد من الاعتقادات والمفاهيم الخاطئة الشائعة آنذاك عن مفهوم الموهبة والتفوق.

وفي عقد الستينات من القرن الماضي تزايد الاهتمام بالابداع وتطوير بدائل لنسبة الذكاء للكشف والتعرف على الموهوبين والمتفوقين، وذلك لادراك الباحثين أن نسبة الذكاء وحدها غير قادرة على تحديد جميع أشكال الموهبة والتفوق.

ونتيجة للتقدم في الدراسات والبحوث حول الموهبة والتفوق فقد تطورت أساليب الكشف والتعرف على الأشخاص الموهوبين من الاعتماد على اختبارات الذكاء فقط إلى استخدام اجراءات ووسائل أخرى للكشف والتعرف، وهي اختبارات الابداع وقوائم الشطب والتقدير والاختبارات التحصيلية واختبارات قياس سمات الشخصية. كذلك فقد تطورت الخدمات والبرامج المقدمة لفئة الموهوبين والمتفوقين ومن البرامج المقدمة لهذه الفئة برامج التسريع وبرامج الإثراء وسنتطرق إلى موضوع البرامج لاحقاً.

*** دور العوامل الوراثية والبيئية في الموهبة والتفوق**

يمكن تصنيف العوامل المرتبطة بالموهبة والتفوق إلى عاملين أساسيين هما:

1- العوامل الوراثية.

2- العوامل البيئية.

العوامل الوراثية: تلعب العوامل الوراثية والجينية دوراً أساسياً كبيراً في تشكيل الموهبة والتفوق وكان جالتون أول من أكد على دور الوراثة في تشكيل الموهبة وأشار جنسن (Jen-sen) في دراسته أن العوامل الوراثية تساهم بما نسبته حوالي 80% في الذكاء في حين أن البيئة تساهم بما نسبته بحوالي 20% فقط. وهذا ما أشار إليه نيكولس (Nichols, 1965) في دراسته على (700)من التوائم المتطابقة و (500) من التوائم غير المتطابقة أن الوراثة مسؤولة عن حوالي 70% من الذكاء في حين أن البيئة مسؤولة عن حوالي 30%فقط..

العوامل البيئية: إن تأثير العوامل الوراثية في إبراز الموهبة والتفوق لا يقلل من أهمية العوامل البيئية حيث تشكل العوامل الوراثية الأساس للموهبة والتفوق ولكن البيئة يمكن أن

تعمل على إثراء الموهبة وتطويرها عند الفرد عند طريق توفير الأدوات والنشاطات المناسبة لتطوير قدراتهم إلى أقصى درجة تسمح بها قدراتهم وإذا لم تقدم هذه النشاطات والخبرات للأطفال الموهوبين والمتفوقين فإنها ستعمل على كبح وكف تطوير قدرات ومواهب الفرد.

وبشكل عام تلعب كل من العوامل الوراثية والعوامل البيئية دوراً هاماً وكبيراً في الموهبة وتطويرها، فالعوامل الوراثية والجينية لها دور كبير في الموهبة والتفوق فهي تزود الفرد بالاستعدادات وتطويرها، ولكن مساهمة كل منها في الموهبة والتفوق تختلف حسب الدراسات التي أكدت ذلك ففي الدراسة التي قام بها جنسن أشار إلى أن العوامل الوراثية تساهم بـ 80% من الذكاء في حين أن البيئة تساهم بنحو 20% فقط..

الكشف والتعرف على الأطفال الموهوبين والمتفوقين.

هناك أساليب للتعرف والكشف عن الأفراد الموهوبين والمتفوقين، ويشير مصطلح الكشف إلى قياس سريع وصادق للنشاطات التي تطبق بتنظيم لمجموعة من الأطفال بهدف التعرف على الأطفال الموهوبين والمتفوقين، ويساعد الكشف والتدخل المبكر في تنمية مهارات الطفل وتطويرها ،وتلبية احتياجاته وإعداد البرامج الملائمة له في وقت مبكر ويتم التعرف على الأطفال الموهوبين والمتفوقين في برامج ما قبل المدرسة وبرامج المدرسة من خلال تقييم النواحي المعرفية والادراكية والمهارات الخاصة وحتى يتم عملية الكشف بفاعلية يجب أن يتعاون الآباء والمعلمون في عملية الكشف ومن أساليب الكشف والتعرف على الأفراد الموهوبين والمتفوقين ما يلي:

1- ترشيح المعلمين: يعتبر المعلم أكثر الأشخاص أهمية في عملية الكشف عن الأطفال الموهوبين والمتفوقين في سن المدرسة، وقد أشارت دراسات عديدة إلى أن تقديرات المعلمين من أصدق التقديرات وأكثرها موضوعية، إلا أن بعض الدراسات أشارت أيضاً إلى تحيز المعلمين في عملية الترشيح حيث يركز بعض المعلمين على ترشيح الطلاب الذين يظهرون أداء تحصيلي مرتفع واستبعاد ترشيح الطلاب ذوي التحصيل المنخفض أو الطلبة المبدعين، كذلك يميل بعض المعلمين إلى عدم ترشيح الطلاب الذين يسببون الازعاج للمعلم في الصف من خلال كثرة الأسئلة غير العادية والمحرجة أحياناً للمعلم، ويمكن أن تكون

ترشيحات المعلمين أكثر دقة إذا ما تم تزويدهم وتدريبهم على كيفية الكشف والتعرف على الطلاب الموهوبين والمتفوقين، ويمكن أن يعطى المعلم تحديداً للسلوكيات والمهارات والانجازات الطلابية التي تنم عن الموهبة والتفوق عن طريق قوائم الشطب وهي تتضمن سلوكيات محددة يطلب من المعلم أن يقدر الطالب على هذه السلوكيات.

2- **ترشيح الأهل:** يعتبر الوالدين مصدراً مهما للمعلومات عن موهبة الطفل وتفوقه، وخصوصامعرفة جوانب التفوق غير الأكاديمية عند الطفل، مثل هوايات واهتمامات الطفل، وأنواع الكتب التي يرغب دائماً في قراءتها والاعمال والإنجازات التي حققها الطفل ويمكن أن نجمع المعلومات من الوالدين إما من خلال المقابلات الشخصية حيث يتم الاستفسار عن مهارات وهوايات وانجازات الطفل، أو من خلال قوائم الشطب والاستبانات المعدة من قبل المتخصصين لمعرفة جوانب موهبة الطفل وتفوقه، وكلما كان الوالدين على قدر من الثقافة والعلم كان ذلك أكثر دقة في الترشيح.

(القريوتي، وآخرون، 1995)

3- **ترشيح الأقران:** يطلب من أقران الطفل في المدرسة أن يذكروا جوانب التفوق والموهبة عند زميلهم، وكذلك السمات الشخصية التي يتمتع بها زميلهم كالقيادية وغيرها من السمات التي تنم عن الموهبة والتفوق، وخصوصاً الأطفال الأكبر سناً حيث يستطيعون ملاحظة دلالات تفوق زميلهم.

4- **ترشيح الذات:** من خلال تقدير الطفل لذاته وخصوصاً في المرحلة الابتدائية حيث يبدي الأطفال في هذه المرحلة استعداداً للتحدث عن أنفسهم وعن أعمالهم ومهاراتهم وانجازاتهم، إما من خلال المقابلة الشخصية أو من خلال قوائم شطب معدة مسبقاً تعبر عن سلوكيات ومواهب تدل على موهبته وتفوقه.

5- **الترشيحات المتعددة:** هناك ضرورة ملحة للتنويع في جمع المعلومات حول مهارات الطفل وموهبته؛ حتى يتم تنميتها في وقت مبكر للوصول بالطفل إلى أقصى درجة تسمح بها قدرته، ومن أجل إعداد البرامج التربوية الملائمة له، ويتم التعرف على الطفل الموهوب والمتفوق عن طريق ترشيحات المعلمين وترشيحات الأهل وترشيح الأقران. وترشيح الذات مجتمعة.

(Mandell Q Fiscus, 1981)

إن المرحلة التي تأتي بعد الكشف والتعرف هي مرحلة التشخيص النفسي والتربوي والتي يقوم بها عادة فريق متخصص.

وسائل قياس وتشخيص الموهوبين Talented Child:

1- أساليب قياس القدرة العقلية العامة: هناك الكثير من المقاييس أهمها مقياس ستانفورد - بينيه ومقياس وكسلر ومقياس جودانف هاريس للرسم ومقياس سلونس Slons لذكاء الأطفال.

2- أساليب قياس القدرة التحصيلية العامة: المقياس التحصيلي الشامل (The wide Range Achievemant Test) والمقياس التحصيلي الفردي (Peaboody individual Achievement Test) ويقييس مهارات القراءة والإملاء والمهارات الرياضية.

3- مقياس تورانس للتفكير الابداعي (TTCT): يتألف هذا المقياس من جزئيين: الجزء الأول هو الجزء اللفظي والجزء الثاني وهو صورة الأشكال. يتضمن الجزء الأول استفسارات عن الاجابات المحتملة كأن يطلب منه استخدامات بديلة لشيء ما أو ماذا يحدث لو حصل كذا. أما في الجزء اللفظي فيطلب من الشخص تكملة صورة او عمل صورة جديدة من مجموع خطوط. يصلح هذا الاختبار للأطفال من سن الروضة وحتى سن العشرين. أما الزمن الذي يستغرقه المقياس فهو حوالي ساعة وعشرون دقيقة تقريباً ويطلب واضع المقياس ضرورة الالتزام بالوقت حسب التعليمات المعطاه فيه.

4- مقياس السمات السلوكية للطلبة المتفوقين: ظهر هذا المقياس نتيجة للاتجاهات الحديثة في تعريف وقياس الموهبة والتي تتضمن في رأي واضعي المقياس وهم رينزولي ورفاقه وهم (Renzulli, Josph, Linda, Smith, Alan, White, Callahan, Hartman, Carolyn, 1976) عشرة سمات هي القدرة على التعلم، القدرة على التخطيط، الدافعية، الاتصال التعبيري، القدرة على الابداع الاتصال الدقيق، المهارات التمثيلية، المهارات الموسقية، المهارات الفنية. القدرة على القيادة. لذا يمكن التعرف على الطفل الموهوب بعد تطبيق هذه الاختبارات العشرة حيث يظهر في اداء الموهوب هذه السمات.

5- مقياس برايد للكشف عن الموهوبين في مرحلة ما قبل المدرسة (Preschool And Kindergarten interest Descriptor, 1983): تم تطوير هذا المقياس من قبل سلفيا ريم.

في هذا المقياس يمكن الكشف عن سمات الشخصية التي تميز الموهوبين عن غيرهم من نفس الفئة العمرية وقد تم إعداد هذا المقياس من قبل سلفيا في جامعة وسكوانس حيث يهدف هذا المقياس إلى الكشف عن الموهوبين من قبل التلاميذ في مرحلة ما قبل المدرسة من أجل توزيعهم على البرامج التربوية للموهوبين. حددت سلفيا الموهبة في اللعب الهادف والتخيل والقبول الاجتماعي وحب الاستطلاع وتعدد الاهتمامات والاستقلالية والمثابرة حيث وضعت (50) فقرة تغطي هذه المواهب. يستغرق تطبيق هذا الاختبار من (20-35) دقيقة والمدى هو من (1-5) وهذا الاختبار سهل يمكن للآباء والمدرسين تطبيقه بوضع اشارة (x) على السمة حسب المدى الموجود.

مصفوفات ريفن المتتابعة:

هناك ثلاثة انواع من اختبار ريفن للمصفوفات المتتابعة وهي:

أ- **النوع الأول** Raven Progressive Matrices Test: يتألف هذا الاختبار من (60) فقرة موزعة على خمس مجموعات هي (أ) (ب) (ج) (د) (هـ) تتدرج هذه المجموعات في الصعوبة كما تتدرج مفرداتها، هذا الاختبار وضع على شكل رسومات بحيث نجد كل صورة تمثل شكل أو تصميم أو نمط شكلي من بين ستة بدائل أو ثمانية. تختلف إجابات المفحوص بين فقراته الستة بحيث تجد إنه يقوم في المجموعة (أ) بتكملة المساحة أو المعالم المحذوفة، وفي المجموعة (ب) بقياس التماثل بين الأشياء، وفي المجموعة (ج) بتغيير أنماط الأشكال بصورة منتظمة. أما في المجموعة (د) فهو يقوم بإعادة ترتيب الأشكال أو تبديلها وفي المجموعة (هـ) بتحليل الأشكال المعروضة عليه إلى أجزاء وبيان العلاقات القائمة بينهما. حسب وجهة نظر ريفين إن اختباره العادي للمصفوفات المتتابعة يقيس القدرة على التفكير الواضح والملاحظة الواعية، حيث تتطلب مجموعات الاختبار الثلاث الأولى الدقة في المقارنة والتماثل بينما تتطلب المجموعتان الاخيرتان إدراك العلاقات المنطقية.

من مميزات هذا الاختبار أنه يمكن أن يطبق بصورة فردية أو جماعية، حيث إن الدرجة الكلية على الاختبار تشير إلى قدره المفحوص العقلية بينما الدرجات الفردية تشير إلى الاتساق الداخلي للتقدير العام الذي يعطيه الاختبار، وتفيد أيضاً في الدلالات النفسية

والتربوية للتباين في درجات المفحوص في الاختبار، يمكن استخدام هذا الاختبار بغض النظر عن العمر الزمني للمفحوص على أن يأخذ الفاحص بعين الاعتبار أن تتم الإجابة عن الأسئلة دون تدخل أي شخص أو ضغط على المفحوص كي يُسرع.

ب- النوع الثاني: اختبار ريفن الملون للمصفوفات المتتابعة: يتألف هذا الاختبار من ثلاث مجموعات هي: المجموعة (أ) والمجموعة (أب) والمجموعة (ب) يتطلب هذا الاختبار من المفحوص ادراك الإطار الكلي المكاني للأشكال المعروضة بصورة منفصلة في المجموعة (أب). أما المجموعتان (أ) و (ب) فهما تعطيان كامل العمليات المعرفية التي يستطيع أن يدركها أطفال تتراوح أعمارهم ما بين (5) سنوات و(11) سنة.

يمتاز هذا الاختبار بسهولة استخدامه، وجاذبية فقراته الملونة وبأنه يمكن تقديم فقراته مطبوعة، أو في لوحات ملونة قطعها متحركه، فيقوم المفحوص بتحريكها حتى تستقر في الفراغ المخصص لها على اللوحة.

ويُشير ريفين إلى أن هناك معادلة تربط بين اختباره العادي للمصفوفات المتتابعة واختباره الملون، فاذا قام الفاحص بتطبيق الاختبار الملون وحسب درجة المفحوص في المجموعة (أ) والمجموعة (ب) فقط ثم تابع عملية التطبيق بأن عرّض المفحوص للمجموعات (أ)، (ب)، (ج) من اختبار ريفين العادي، وقام بحساب درجة المفحوص الكلية، تكون الدرجة الكلية الأخيرة مساوية الدرجة الكلية على اختبار ريفين العادي لو طبق على المفحوص بمجموعاته الخمس.

(صبحي، 1992، ص 52).

ج- النوع الثالث: اختبار ريفين المتقدم للمصفوفات المتتابعة: يتكون هذا الاختبار من مجموعتين، تشتمل المجموعة الأولى على (12) فقرة، والثانية على (26) فقرة، هذا الاختبار يصلح للأفراد الذين تزيد أعمارهم عن (11) سنة، وهو قابل أيضاً للتطبيق على الموهوبين، بحيث تساعد المجموعة الأولى من هذا الاختبار الفاحص في معرفة مستوى القدرات العقلية للمفحوصين في وقت قصير، وللحصول على معلومات دقيقة عن تلك القدرات فإنه ينبغي تطبيق مفردات المجموعة الثانية من الاختبار. ويمكن تقديم مفردات الاختبار كلها ضمن زمن محدد يعينه الفاحص أو ضمن زمن غير محدد.

*** الخصائص السلوكية للأطفال الموهوبين والمتفوقين.**

يتميز الأشخاص الموهوبين والمتفوقين بالخصائص التالية:

1- **الخصائص العقلية:** تعتبر الخصائص العقلية للأطفال الموهوبين من المحكات الرئيسية التي تميز هذه الفئة عن الأطفال العاديين ممن هم ضمن الفئة العمرية المماثلة حيث إن الأطفال الموهوبين لديهم قدرة عقلية عالية وهذه القدرة تظهر على شكل أداء مرتفع على اختبارات الذكاء المقننة كإختبار وكسلر وستانفورد وبينيه، حيث يحصل الأفراد الموهوبين على درجة IQ 130 أو أكثر على اختبارات الذكاء، أي بمقدار انحرافيين معياريين أو أكثر عن المتوسط. كما أن الأطفال الموهوبين يحصلون على درجات تحصيل مرتفعة مقارنة بالعاديين ممن يماثلونهم في العمر الزمني، حيث إنهم أكثر انتباهاً، ويمتازون بحب الإستطلاع ويجيدون القراءة والكتابة في عمر زمني مبكر والقدرة على التكيف وأكثر سرعة في حل المشكلات، ويمتلكون حصيلة لغوية أكثر من العاديين وأكثر قدرة على التعبير عن أنفسهم، ويمتازون بالتفكير المنتج والمبدع وأكثر قدرة على النقد وحب المشاركة في النشاطات الاجتماعية التعليمية.

بشكل عام يتميز الأطفال الموهوبين بقدرات ومظاهر نمو عقلي أعلى من العاديين ممن يماثلونهم في العمر الزمني، وليس بالضرورة أن تنطبق كل هذه السمات والخصائص جميعها على الفرد الموهوب حيث إن هناك فروقاً فردية بين طفل موهوب وآخر.

2- **الخصائص الجسمية :** يتميز الأطفال الموهوبين بالصحة الجيدة، وهم أكثر وزناً وطولاً وحيوية وأقل عرضة للأمراض وأكثر قدرة على التآزر الحركي البصري مقارنة بالأفراد العاديين ممن يماثلونهم في العمر الزمني، وليس بالضرورة أن تنطبيق هذه الخصائص والسمات على كل طفل موهوب، فهناك فروق فردية بين الموهوبين ويعزي بعض الباحثين تفوق الأفراد الموهوبين في الجوانب الجسمية إلى الجوانب الاقتصادية والاجتماعبة للأسرة التي يعيش فيها الطفل الموهوب وليس إلى عوامل متصلة بالذكاء والموهبة. فالقوة الجسدية ليست دليلاً على الموهبة والتفوق وانما مرافقة له.

3- **الخصائص الاجتماعية والانفعالية :** قديما ظهرت بعض الاتجاهات والأفكار الخاطئة عن الأفراد الموهوبين والمتفوقين من الناحية الاجتماعية والانفعالية، فقد كان الناس

يعتقدون أن الأفراد الموهوبين أكثر عزلة من الآخرين ولا يتفاعلون مع الآخرين ويمتازون بالخجل والانسحاب والانطواء الاجتماعي، ولكن الدراسات الحديثة ومنها دراسة هلهان وكوفمان (Kauffman, 1992) وغيرها من الدراسات أشارت أن الأطفال الموهوبين يمتازون بخصائص اجتماعية وانفعالية أكثر ايجابية مقارية بالعاديين ممن يماثلونهم في العمر الزمني، حيث يتميز الموهوبين بالقدرة على اتخاذ القرار وحل المشكلات ويمتازون بشخصية قيادية وأكثر تفهما للقضايا الاجتماعية والحياتية وهم أكثر انفتاحاً على الآخرين، وأكثر نقداً للآخرين وأكثر مشاركة من الناحية الاجتماعية، وأكثر التزاماً بالمهمات الموكولة لهم وأكثر دافعية وأكثر حساسية لمشاعر الآخرين وأكثرشعبية بين أقرانهم. ولديهم تقدير ذات مرتفع وايجابي ويمتاز الموهوبين بالاستقرار الانفعالي والاجتماعي، ولا يعني ذلك أن الأطفال الموهوبين لا يتعرضون للضغوط الاجتماعية والانفعالية التي ربما تؤدي إلى مشكلات لديهم. فقد تكون الموهبة سبباً للضغط عليهم وبالتالي تؤدي إلى تأثير سلبي وغير مريح لهم .

*** البرامج التربوية للموهوبين:**

تختلف البرامج التربوية والتعليمية للموهوبين عن تلك البرامج التي تقدم للعاديين وذلك بسبب هدف البرامج لدى كل منها ومن أهم البرامج المقدمة للموهوبين:

برنامج التسريع

تعريف التسريع:

هو نوع من أنواع البرامج الخاصة بالطلبة الموهوبين. ويتلخص البرنامج التسريعي بالسماح للطالب بإكمال المراحل الدراسية المختلفة بعمر زمني أقل من المعتاد عن طريق مرونة المناهج الأكاديمية المختلفة.

ويتفاعل الطالب في التسريع، ويندمج مع الطلبة العاديين في الصفوف الرسمية ويتلقى نفس تعليمهم ولكن بعمر أصغر منهم. ويمكن القول من خلال برنامج التسريع يتطور الطلاب من خلال المنهج العادي، ولكن بسرعة أكبر من طلاب الصف العادي.

(Lewis & Donald, 1987)

أسباب التسريع:

ذكر التربويون أن هناك أسباب منطقية ونفسية للتسريع:

أولاً: الأسباب المنطقية

تأخذ الأسباب المنطقية سرعة تعلم الفرد، واستجابته للبرامج التعليمية بعين الاعتبار، وتستند إلى القول بأن درجة التقدم في البرامج التعليمية يجب أن تكون حسب سرعة استجابة المتعلم لها، وبذلك تكون ملبية للفروق الفردية بين الطلاب في مجال القدرات والمعرفة.

ثانياً: الأسباب النفسية وتتلخص بثلاثة مبادىء وهي:-

1- عملية التعلم هي مجموعة متطورة ومتسلسلة.

2- وجود فروق فردية بين الأفراد في عملية التعلم.

3- يتضمن التعليم الفعال تحديد موقع المتعلم في العملية التعليمية وتشخيص الصعوبات التي يعاني منها المتعلم ومعالجتها.

أشكال التسريع:

أولاً: الانضمام المبكر إلى المدرسة في رياض الأطفال أو الصف الأول:

حيث يتم السماح للطفل بالالتحاق برياض الأطفال قبل العمر المعتاد أو قبول الطالب بالصف الأول قبل عمر ست سنوات.

ويضع Rim 1985 شروطاً خاصة للقبول المبكر في رياض الأطفال وهي:

1- قبول الطفل الذي يحصل على درجة ذكاء عالية.

2- تآزر بصري حركي جيد.

3- استعداد جيد للقراءة.

4- صحة الطفل الجيدة.

ثانياً: قفز الصفوف لمرحلة أو أكثر:

ويقوم هذا الأسلوب على السماح للطفل الموهوب لصف دراسي معين بتجاوز هذا

الصف أو أكثر، مثلاً يتجاوز الصف الثالث إلى الرابع إذا أثبت تفوقه التحصيلي في مستوى الصف الثالث.

وتعتبر هذه الطريقة قديمة للتسريع ولا تتطلب أية مواد خاصة أو تسهيلات تربوية أو وجود منسق لبرامج الموهوبين أو حتى وجود برامج خاصة.

وقد يحدث في الصفوف الابتدائية وأحياناً في الصفوف المتقدمة وكان أبرز دعاة هذا الأسلوب في التسريع تيرمان، حيث أشار إنه لا يوجد خطر كبير على سوء التكيف.

ولوحظ من خلال تطبيق هذا الأسلوب في التسريع بروز عدة مشكلات منها:-

1- فقدان الطالب لمهارات أساسية وخصوصاً في القراءة والرياضيات.

2- مشكلة التكيف النفسي والاجتماعي والتي تنتج عن اختلاف سن المتفوق عن زملائه.

وقد تبين من خلال الدراسات أنه من المهم أن تدرس كل حالة على حدة قبل السماح له بأن يختصر سنة دراسية.

ويقترح Rim و Gary بعض المقترحات من أجل تقليل المشكلات المتصلة بقفز الصفوف ومن هذه المقترحات ما يلي:-

1- أن يحظى الطالب بدرجة ذكاء مرتفعة.

2- عدم تقفيز الطالب أكثر من صف دراسي واحد.

3- الدعم القوي من قبل المعلمين والمرشدين والأقران لحل المشكلات الاجتماعية المتعلقة بقفز الصفوف.

4- قدرات الطالب العقلية وتكيفه الاجتماعي في صفه الحالي.

5- اتخاذ قرار قفز الصفوف بشكل فردي.

وتبقى المشكلة قائمة في هذا الشكل من برامج التسريع؛ لإجماع غالبية التربويين على أنه أسوأ أشكال التسريع.

ثالثاً: القبول المبكر في المدرسة الإعدادية أو الثانوية:

ونعني به أن الطالب الذي قفز عن الصف الخامس أو السادس في المرحلة الابتدائية يمكن أن يدخل المدرسة الإعدادية مبكراً.

وكذلك الحال بالنسبة للطالب في المرحلة الإعدادية والذي قفز عن الصف التاسع أو العاشر يمكن أن يدخل المرحلة الثانوية مبكراً. وهذا النوع من التسريع لا يختلف عن اللون السابق.

رابعاً: الإسراع الجزئي (تخطي المواد):

ويقصد به السماح للطلبة الذين لديهم قدرات عقلية عالية في مواد محددة بأخذ هذه المواد في صفوف أعلى من الصف الذي هم فيه ودراستها ولذلك سمي هذا النظام من الإسراع بالإسراع الجزئي، وهذا الشكل يكون مناسباً لأولئك المتفوقين الذين يتمتعون بمهارات ومواهب خاصة في مواد محددة مثل الرياضيات أو اللغات.

مميزات هذا الشكل من أشكال التسريع:

1- سهولة تطبيقه.

2- السماح للطالب بدراسة مستوى محدد للمجال الذي يبرز فيه بينما يستمر في اكتساب مهارات صفه العادي في المجالات الأخرى.

3- زيادة تكيف الطالب الاجتماعي من خلال السماح له بالتفاعل مع أقرانه بنفس العمر الزمني.

* **أشكال التسريع الجزئي:**

1- اعتماد المساقات الجامعية من خلال الامتحانات. حيث يشعر الطالب المتميز بأنه يتقن إحدى المساقات الجامعية جيداً في الرياضيات مثلاً قبل أن تعلم له مباشرة، ويسمح له بالتقدم للإمتحان في ذلك المساق وإذا تم قبوله بالجامعة فإن ذلك المساق يحسب له.

2- الالتحاق بمساقات جامعية في نفس الفترة التي يكون فيها الطالب ملتحقا في المدرسة الثانوية.

3- البرامج المضغوطة:

أ- ويقوم هذا الأسلوب على اختصار المدة الزمنية للبرامج العادية حيث يتم إنشاء برامج تماثل البرامج المقررة إلا أنها تعطى في مدة زمنية أقصر.

ب - وهذا الأسلوب كذلك يعتمد على سرعة المتعلم حيث يمكن للطالب أن يجتاز البرنامج حسب سرعته في دراسته. فبعض الطلاب يمكن أن ينجزوا هذا البرنامج في سنتين وبعضهم يحتاج إلى أربع سنوات ومن الأمثلة عليه نظام الساعات في بعض الجامعات.

4- القبول المبكر في الجامعة: إن الطلاب الذين استفادوا من الأنماط السابقة في التسريع يكونون أكثر استعداداً للدخول إلى الجامعة أو الكلية بصورة مبكرة.

فوائد التسريع:

النتائج التي دلت عليها الدراسات الطولية المختلفة فيما يتعلق بالتكيف الاجتماعي والانفعالي والأكاديمي للطلبة الموهوبين دلت على أن التسارع لا يؤثر بشكل سلبي على التطور الانفعالي والاجتماعي، وهذا ما أكدته الدراسات البحثية التي قامت بها (SMPY) Stude foe Mathematically Precocious والدراسة التي قام بها داريو (Daurio) 1979 (Stewart & etal, 1985).

ونستطيع هنا أن نوجز أهم فوائد التسريع الفرد ما يلي:

1- زيادة المتعة للتعلم والحياة وتخفيض الملل من المدرسة.

2- تعزيز الشعور بقيمة الشخص وإنجازه.

3- الحصول على تعليم أفضل من التعليم العادي وتوفير الوقت اللازم للتعلم.

4- تحسين فرصة قبول الطلاب المسرعين في جامعات عريقة لمؤهلاتهم الجيدة.

5- الدخول إلى سوق العمل مبكرا بسبب التخرج المبكر.

6- توفير التكلفة المادية على الآباء.

فوائد التسريع بالنسبة للمجتمع ما يلي:-

1- غير مكلف من ناحية اقتصادية.

2- سهل التطبيق من الناحية الإدارية.

3- زيادة سنوات الإسهام المهني في المجتمع.

ويطرح جانييه 1986م عدة نصائح قبل استخدام هذا البرنامج أي التسريع ومن هذه النصائح:

1- الطلاب يجب أن يكون عندهم معلومات عن التسارع.

2- إظهار قدرات مواهب في مواضيع معينة.

3- موافقة الأهل.

4- العمر مهم عند الدخول المبكر.

5- ضرورة توجيه الأشخاص المهمين في حياة الطالب كالآباء والمعلمين بقيمة التسارع وأهميته في تطوير قدرات الطالب. (Bruce & etal, 1991)

• **برنامج الإثراء:**

تعريف الإثراء: هو أسلوب لتطوير القدرات المعرفية للأطفال الموهوبين والمتفوقين في ظل المنهاج المدرسي العادي، وهو يعني تصميم وتنفيذ برامج توفر لهذه الفئة من الأطفال خبرات تربوية غنية وإضافية دون تغيير الوضع التعليمي.

أنواع الإثراء:

يمكن تقسيم الإثراء إلى نوعين:

1- **الإثراء الأفقي:** وفيه يتم تزويد الطفل الموهوب بخبرات ومعلومات في عدد من المواضيع والمواد الدراسية، كأن يعطى الطفل معلومات إضافية في عدة مواد كالتاريخ، الجغرافيا وغيرها.

2- **الإثراء العمودي:** ويتم تزويد الطفل الموهوب بخبرات ومعلومات في موضوع محدد من المواضيع الدراسية مثل الرياضيات وتكون هذه المعلومات عميقة.

(Patton, 1996)

أهمية برنامج الإثراء:

1- يعتبر أقل كلفة من غيره من البرامج على اعتبار أنه سيطبق داخل المدرسة العادية.

2- سهولة التطبيق: لا يحتاج البرنامج إلى الكثير من الوسائل والأشخاص خارج إطار المدرسة.

3- يعمل على تحسين نوعية التعليم بشكل عام بحيث تعمم الفائدة على العاديين والمتميزين.

4- يلبي حاجات المجتمع ويراعي فلسفة التعليم العامة.

5- تطوير الاستراتيجيات التي يستخدمها المعلمين في الصف العادي من خلال تفاعلهم مع معلم التربية الخاصة.

6- الطاقة الاستيعابية لمثل هذه البرامج تفوق غيرها من البرامج المقدمة للطلبة الموهوبين.

مبررات برنامج الإثراء:

إن مبررات استخدام مثل هذه البرامج تتمثل بما يلي:

1- إن الطلبة يقضون أغلب أوقاتهم في غرفة الصف العادي وعليه فمن خلال غرفة المصادر يمكن العمل على تطوير وإثراء المنهاج ليناسب ذوي القدرات العالية.

2- إن الكثير من الخبرات التي تقدم في البرامج الخاصة يمكن أن يستفيد منها الطلبة الآخرون، لذلك يجب أن تتكامل هذه الخبرات مع نشاطات المنهاج العادي ما أمكن.

3- الوصول إلى نظام متكامل في المؤسسة التربوية، بحيث تنجح المدرسة في تلبية حاجات العاديين والمتميزين في نفس الوقت.

4- تزويد الخبرات والأنشطة الإثرائية لكافة فئات الصف العادي، وعدم حصرها بنسبة (3%-5%) وهي الفئة التي توجه إليها الخدمات في برامج الموهوبين الأخرى.

5- الحد من الاهتمام بالنخبة والتوجهات السلبية تجاه الطلبة المشاركين في البرامج الخاصة.

التخطيط لبرامج الإثراء:

عند التخطيط لبرامج الإثراء يجب مراعاة العديد من العوامل حيث يشير Heller وزملائه (1993) أنه عند التخطيط لمثل هذه البرامج يجب الأخذ بعين الاعتبار اهتمامات الطلبة وحاجاتهم بحيث يتمركز البرنامج حول الطلبة وليس العكس. وهناك العديد من

العوامل التي يجب مراعاتها عند التخطيط لبرامج الإثراء أهمها: استخدام أساليب التعليم المفضلة للطلبة ومراعاة المناهج الدراسية الاعتيادية لهم وطريقة اختيار فئة الطلبة المستهدفة، وكذلك تأهيل وتدريب المعلمين الذين سيعملون في البرنامج بالإضافة إلى إمكانات المدرسة ومصادر المجتمع المتاحة.

وتبرز أهمية مراعاة حاجات المجتمع المحلي عند التخطيط لبرامج الإثراء، فالمجتمع الزراعي مثلا حاجاته مختلفة عن المجتمع الصناعي، حيث يجب في النهاية أن يعمل البرنامج على إعداد الطلبة القادرين على تلبية حاجات مجتمعهم من خلال تخصصاتهم المختلفةوالتي يعمل البرنامج على بلورتهم في سن مبكرة، بحيث تصبح قاعدة لمهنة المستقبل التي يمارس الفرد من خلالها دوره في بناء وتطور المجتمع.

ويجب الأخذ بعين الاعتبار مراعاة الأمور التالية عند التخطيط لهذه البرامج:

1- توفير أنشطة قادرة على تطوير المهارات الإبداعية، وتشجيع وتنمية المهارات المعرفية العليا.

2- تقديم البرامج الشمولية التي تستهدف كلا من النمو المعرفي والنمو الانفعالي.

3- أن يلبي هذا البرنامج الحاجات والخصائص الفردية للطفل.

4- أن يكون هناك اهتماماً بتدريب الوالدين وتشجيعهم على المشاركة في تنفيذ البرنامج.

العلاقة بين التسريع والإثراء:

يشير العلماء إلى أنه يتوجب السماح للطلبة الموهوبين بالعمل وفق خطواتهم السريعة (التسريع) داخل المدرسة وخارجها، وكذلك منحهم فرصة أكثر تنوعا من حيث المضمون والمحتوى للتطوير الانفعالي والإبداعي العلمي (الإثراء).

تشير هذه السطور الموجزة إلى أن هناك علاقة تبادلية ما بين عملية الإثراء والإسراع أو التسريع في تنظيم برامج الموهوبين التربوية حسب رأي Keating 1979، إذ لا تنجح عملية الإثراء دون إسراع والعكس صحيح حيث تمكّن عملية الإثراء الطفل الموهوب من تجاوز مرحلة دراسية ما في مدة زمنية أقل. كما أن عملية الإسراع لا تتم إلا من خلال إثراء الطفل الموهوب بخبرات تربوية معينة تمكنه من اجتياز مرحلة دراسية ما في فترة زمنية أقل.

(Bruce & etal, 1991)

ويشير ستانلي إلى هذه العلاقة التبادلية ويشير إلى أن كل منهما يلائم الآخر، ويقول بأنه يتوجب علينا السماح للطلبة المتفوقين بالعمل وفق خطواتهم (التسريع) داخل المدرسة وخارجها وكذلك منحهم فرصة أكثر تنوعاً من حيث المضمون والمحتوى والتطور الانفعالي والعلمي، وإذا تمت هذه الأمور تسمى (إثراء).

وفي دراسة لـ إدلند Edlind 1988 حول اتجاهات المديرين والمعلمين والأباء نحو برامج الطلاب المتميزين: التسريع، الإثراء، التجميع.

أشارت نتائج هذه الدراسة إلى اختلاف اتجاهات المديرين والمعلمين والآباء حيث كان المديرون أكثر تفضيلاً للبرامج الثلاثة من الآباء والمعلمين، واختلف المعلمون والآباء فقط في الإجراء المتعلق بالإثراء، الآباء كانوا أكثر تأييداً للإثراء.

من خلال ما سبق نستطيع القول بأن العلاقة ما بين التسريع والإثراء هي علاقة تبادلية وكل منهما يلائم الآخر ويؤثر فيه بشكل إيجابي. إذ تمكن عملية الإثراء للطفل الموهوب من تجاوز مرحلة دراسية ما في فترة زمنية أقل وهذا شكل من أشكال الإسراع وأن عملية الإسراع لا تتم إلا من خلال إثراء الطفل الموهوب بخبرات تربوية تمكنه من إجتياز مرحلة دراسية معينة في فترة زمنية أقل من الفترة العادية.

الاتجاهات العامة في تربية الموهوبين:

تباينت الاتجاهات العامة في تربية الموهوبين تبعاً لاختلاف الفلسفات الاجتماعية من مجتمع لآخر، وفي نظرتها إلى الهدف العام من تربية الموهوبين ويمكن تلخيص الاتجاهات العامة في تربية الموهوبين في ثلاثة اتجاهات هي:

الاتجاه الأول: وهو الاتجاه الذي ينادي بدمج الطلبة الموهوبين Mainstreaming في المدرسة العادية.

الاتجاه الثاني: وهو الذي ينادي بفصل الطلبة الموهوبين عن الطلبة العاديين، وفتح مدارس خاصة بهم (Special School for the Gifted).

الاتجاه الثالث: فهو الذي ينادي بدمج الطلبة الموهوبين في المدرسة العادية ولكن في صفوف خاصة بهم.

وقد ظهرت بعض التطبيقات العلمية للاتجاه الثاني والثالث في حين يعتبر الاتجاه الأول هو الاتجاه السائد في معظم دول العالم.

(الروسان، 1996)

*** واقع تربية الموهوبين في الأردن:**

ظهرت عدة برامج للطلبة الموهوبين في الأردن ومنها:

1- البرامج الريادي للمتفوقين والموهوبين 1984:

حيث يعتبر هذا النموذج موازياً للاتجاه الثالث في تربية الموهوبين، ألا وهو فتح الصفوف الخاصة للموهوبين والملحقة بالمدرسة العادية، فقد قامت مؤسسة إعمار السلط بتبني مشروع ريادي تجرى فيه عملية تطبيق الاختبارات المتخصصة لاستكشاف المتفوقين وذوي المواهب المميزة من الشباب والشابات في المرحلة الثانوية في مدارس مدينة السلط.

وفي ضوء الإمكانات التي يمكن توافرها وجد أن البرنامج القائم على إثراء الخبرة هو الأسلوب المناسب في المرحلة التجريبية ويشمل هذا البرنامج على ما يلي:-

أولاً: تقديم مواد دراسية من مستوى متقدم عما يدرسه الطلبة العاديون وتشمتل هذه المواد على مواد إثرائية في العلوم والرياضيات واللغة الإنكليزية والعربية.

ثانياً: تنظيم استخدام الحاسوب والتعامل معه.

2- جائزة الحسن للشباب:

حيث تتجسد فكرة الجائزة بإتاحة الفرصة للشباب الأردني من سن (12-25) عاماً بالانخراط في المشاركة الذاتية في برامج شبابية تربوية لا منهجية هادفة، وهي الخدمات العامة والمهارات والرحلات والنشاطات الرياضية، والجائزة هي منهاج لبرامج وأنشطة ثقافية ومعرفية ورياضية ومغامرات. (سرور، 1998)

3- مدرسة اليوبيل:

أنشئت عام 1993، وهي مدرسة ثانوية مختلطة مستقلة مدة الدراسة فيها 4 سنوات ويلتحق بها الطالب في مستوى الصف التاسع الأساسي، أما فيما يتعلق بالبرامج التربوية التي تقدمها المدرسة:

- تقديم المناهج المقررة من وزارة التربية والتعليم بطرق وأساليب جديدة.
- تقديم مساقات دراسية إضافية وذلك في موضوعات متعددة.
- تطوير استخدام الحاسوب كوسيلة تعليمية.

وهناك 3 برامج أساسية تقدمها المدرسة:-

- برنامج الإرشاد والتوجيه.
- برنامج التربية القيادية.
- برنامج خدمة المجتمع.

4- مشروع برامج المتميزين في المدارس الريادية التابعة لوزارة التربية والتعليم (1996) ومنها المدارس الريادية في إربد، والزرقاء، والكرك.

5- مشروع البرنامج الخاص بالطلبة المتميزين في مدارس المنهل العالمية حيث تقدم هذه البرامج خدمات خاصة بتعليم التفكير، والتعليم الاثرائي، والمهارات البحثية.

(دبابنة، 1998)

الفصل الثالث

3

الإعاقة العقلية

* مقدمة
* تعريف الإعاقة العقلية.
* تصنيفات الإعاقة العقلية.
* التطور التاريخي للعناية بالمعوقين.
* أسباب الإعاقة العقلية.
* الخصائص السلوكية للمعاقين عقلياً.
* الأسس العامة لتدريب المعاقين عقلياً.
* أساليب قياس وتشخيص الإعاقة العقلية.

الإعاقة العقلية

مقدمة

الإعاقة العقلية مشكلة ذات جوانب وأبعاد متعددة، فأبعاد الإعاقة العقلية هي أبعاد طبية وصحية واجتماعية وتعليمية ونفسية وتأهيلية اجتماعية ومهنية. هذه الابعاد لا يمكن فصلها عن بعضها البعض لأنها متداخلة في حقيقة الأمر، الذي يجعل من هذه المشكلة نموذجاً فريداً في التكوين، لذا يقتضي الأمر التعاون بين الأجهزة المختلفة في هذه النواحي لحل المشكلة أي أنها تتضمن تعدد النظم أو الأجهزة للعمل على حلها.

إن موضوع الإعاقة العقلية يأتي ضمن فئات مهنية مختلفة، ولهذا فقد حاول المهتمون في ميادين الطب والاجتماع والتربية وغيرهم التعرف على ماهية هذه الإعاقة من حيث طبيعة مسبباتها وطرق الوقاية منها، وأفضل السبل لرعاية الاشخاص المعاقين عقلياً. ولم يتوقف الأمر عند هذا الحد، بل تعداه إلى درجة وضع الضوابط والمعايير التي تحدد أهلية الفرد للاستفادة من خدمات التربية الخاصة المناسبة لهذه الفئة وتحديد الشروط الواجب توافرها في تلك الخدمات، ولقد أدى التطور في هذا الميدان إلى جعل الإعاقة العقلية قضية اجتماعية تهتم بها كافة مرافق الدولة من أجل تقديم الخدمات المناسبة.

لذا فقد نالت مشكلة الإعاقة العقلية إهتماماً كبيراً لدى كثيرٍ من المجتمعات وخاصة لأنها ترتبط بالكفاءة العقلية للأفراد الذين يعتمد عليهم المجتمع في تطوره وبنائه. أما في الماضي فتشير الدلائل والظواهر عبر العصور إن الطفل المعاق كان يعامل معاملة سيئة تتراوح بين الضرب والاحتقار والربط بالسلاسل أو الحرق، مروراً بالحبس والتعذيب وهذه الممارسات لم تكن قاصرة على مجتمع بعينه. بل شملت جميع الطبقات الاجتماعية. فقيمة الفرد كانت تحدد بمقدار صلاحيته لأداء وظيفة ما والإنسان الصالح هو الذي يتمتع بقوى عقلية وجسمية سليمة تؤهله للبقاء Glaser & Bentovim, 1979.

لذا فظاهرة إساءة معاملة الطفل المعوق ليست من الظواهر الحديثة، وإنما كانت هذه الظاهرة موجودة في العصور القديمة حيث لم يخلُ منها أي مجتمع من المجتمعات القديمة.

تعريف الإعاقة العقلية:

يهدف العلم إلى تفسير الحقائق والعوامل المرتبطة بظاهرة أو مجموعة معينة من الظواهر يرتبط بعضها من البعض الأخر. والعلم إذ يحاول التفسير يصف الظاهرة والعوامل المؤثرة فيها والعلاقة بين العوامل وتأثير بعضها على البعض الأخر، فينتج بذلك فرصة للتنبؤ في المستقبل. فالعلم يهدف في النهاية إلى التحكم في الظاهرة واخضاعها بشتى الوسائل الممكنة لصالح الإنسان، من أجل زيادة تكيفه مع البيئة.

وإذا ما طبقنا هذا على مشكلة الإعاقة العقلية فإن لهذه الظاهرة أسباباً متعددة ومتنوعة. حاول العاملون في كل ميدان متصل بالمشكلة اكتشافها، وتفسيرها وكشف طبيعة العلاقة بين العوامل التي تؤثر فيها. وبالرغم من صعوبة إيجاد الأسباب المؤدية إلى الإعاقة العقلية وصعوبة التنبؤ بحدوثها بكثير من الوسائل العلمية الطبية والسلوكية المعروفة.

إلا أن التحكم في ظاهرة الإعاقة بدأ يشق طريقه قدماً نحو الأمام. فاستطاع الاطباء والسلوكيون التحكم في بعض حالات الإعاقة العقلية التي يمكن الحد من مظاهرها وتطوير قدرات أفرادها أو الوقاية منها وخصوصاً إذا ما تم التعرف عليهم في سن مبكرة فمثلاً تم التعرف خلال النصف الأخير من القرن الماضي على بعض حالات الإعاقة العقلية التي تنشأ عن حالات تكوينية معينة أو التي تتكون خلال عمليات البناء الخاطئة في الجسم والتي تكون سبباً في ظهور بعض حالات الإعاقة العقلية مثل حالات حامض البيروفيل Pku والمنغولية Mongolism وبعض حالات اضطراب وظائف بعض الغدد الصماء Glandular disoeders.

ولقد ظهرت العديد من التعريفات الخاصة بالمعاقين عقليا واختلفت هذه التعريفات فيما بينها تبعاً للأبحاث المتصلة بها تبعاً للميادين المختلفة التي قامت بدراسة هذه الظاهرة، فرجال الطب يتناولون الإعاقة العقلية من الزاوية الطبية، وهم بذلك يعتبرون الأعراض الفسيولوجية محكاً أساسياً في التعرف على الإعاقة العقلية. وعلماء النفس يركزون على نسبة الذكاء. والمهتمون بالدراسات الاجتماعية يتخذون من الصلاحية الاجتماعية محكاً أساسياً في تعريف للإعاقة العقلية. بينما نجد أن بعض الدراسات

التربوية تعتبر الفشل في التحصيل الدراسي وتكرار سنوات الرسوب في المدرسة العادية مؤشراً قوياً للإعاقة العقلية. ورجال القانون التشريعي يهتمون بالأهلية وتحمل المسؤولية ومن أقدم التعريفات التي ظهرت للمعاقين عقليا هو ما ظهر في بريطانيا حيث ورد في القانون الذي صدر عن الحكومة البريطانيا سنة 1913 والذي عرف آنذاك بقانون المعاقين عقليا Mental Deficiency Act تم استخدام بعض المصطلحات فيه مثل ضعيف العقل Mental Deficent والأبله Impecile والمعتوه Idiot وقد عرف هذا القانون:

الإعاقة العقلية بأنها حالة تتم بتوقف النمو العقلي، أو عدم اكتمال هذا النمو، شريطة حدوث هذه الحالة قبل سن الثامنة عشرة، قد يعود السبب في ذلك إلى الوراثة أو الاصابة بالأمراض التي تعيق النمو العقلي. ومن التعريفات الطبية للإعاقة العقلية تعريف جيرفس Jervis حيث يرى بأن الإعاقة العقلية سيتوقف فيها النمو قبل سن المراهقة، وقد يعود السبب في ذلك إلى الحالة الوراثية أو الأمراض التي قد يصاب بها الشخص. كما عرفه بينوا Benoit بأنه ضعف في الوظيفة العقلية، هذا الضعف إما أن يكون ناتجاً عن حالة داخلية وراثية أو عن حالة خارجية مثل الأمراض التي يتعرض لها الفرد، هذه العوامل تؤدي إلى تدهور في كفاءة الجهاز العصبي، ومن ثم إلى نقص في القدرة العامة للنمو وفي التكامل الإدراكي والفهم. وعرفه تروجولد Tredgold على أن الإعاقة هي حالة من عدم اكتمال النمو العقلي، لا يستطيع فيها الفرد الوصول إلى المستوى السوي مما يجعله غير قادر على التكيف مع متطلبات البيئة التي يوجد فيها فهو لا يستطيع التكيف مع زملائه العاديين مما يتطلب من الأهل أو المؤسسات الخاصة رعايته والإشراف عليه. هذه التعريفات السابقة ركزت على أهمية الوراثة أو الإصابة بالأمراض مما يجعل الشخص غير قادر على التكيف السليم مع مجتمعه الذي يوجد فيه مما يتطلب من الاهل والمؤسسات الاجتماعية تقديم العون والمساعدة له من أجل تحسين تكيفه.

وركزت بعض التعريفات على بعد التكيف مع البيئة الاجتماعية، ومن هذه التعريفات تعريف تروجولد (Tredgold) وزميله سودي Soddy حيث عرفا الإعاقة العقلية بأنها حالة من حالات عدم القدرة على التكيف مع البيئة الاجتماعية للفرد بدرجة مناسبة حيث نجد المعاق عقليا لا يستطيع أن يعتمد على نفسه، أو أن يتحكم في الظروف التي تحيط به دون أن يعتمد على غيره ممن يحيطون به. وهذا يدل على أنهما اعتمدا قدرة الفرد على التكيف محكاً أساسياً للحكم على الإعاقة العقلية والتي تتفق مع نموه الجسمي والعقلي والانفعالي

أي أن تفاعل الشخص مع محيطه هو العامل الاساس للتميز بين المعاق عقليا والفرد السوي.

أما دول Doll فقد اعتمد في تعريفه للإعاقة العقلية على عدد من المحكات ومنها ما يلي:

1- إن الإعاقة ليست وليدة وقت ما، وإنما هي موجودة عند الشخص منذ الولادة.

2- القدرة العقلية للشخص المعاق منخفضة مقارنة مع من هم في مثل سنه.

3- غير قادر على التكيف مع البيئة الاجتماعية التي يوجد فيها.

4- يمكن ملاحظة الإعاقة في مرحلة النضج.

5- تعود الإعاقة إلى عوامل وراثية أو نتيجة لمرض ما.

6- الإعاقة غير قابلة للشفاء.

وعرفه جروسمان (Grossman) على أن التخلف العقلي يشير إلى الانخفاض الدال الواضح في الوظائف العقلية العامة حيث يمكن ملاحظتها عند الفرد أثناء فترة النمو وينتج عنها قصور في السلوك التكيفي أي أن الفرد لا يكون قادراً على الاعتماد على نفسه دون مساعدة من الآخرين.

الجمعية الامريكية للتخلف العقلي The American Association on Mental Retardation, AAMR تبنت تعريف هيبر (Heber) الذي شاع عام 1961 حيث يشير هذا التعريف إلى أن « الإعاقة العقلية تمثل مستوى من الأداء الوظيفي العقلي الذي يقل عن متوسط الذكاء بانحراف معياري واحد. ويصاحبه خلل في السلوك التكيفي، ويظهر في مراحل العمر النمائية منذ الميلاد وحتى سن 16 » في عام 1973 ونتيجة الانتقادات التي تعرض لها تعريف هيبر، حيث إن الدرجة التي تمثل نسبة الذكاء كحد فاصل بين الأفراد العاديين والأفراد المعوقين عقليا عالية جداً الأمر الذي يترتب عليه زيادة نسبة الأفراد المعوقين في المجتمع ليصبح 16%، وعلى ذلك تمت مراجعة تعريف جديد للإعاقة العقلية ويشير التعريف الجديد إلى ما يلي:

« تمثل الإعاقة العقلية مستوى من الأداء الوظيفي العقلي والذي يقل عن متوسط الذكاء

بإنحـرافين مـعيـاريين ويصـاحب ذلك خلل واضح فـي السلوك التكيـفي ويظهـر في مـراحل العمر النمائية منذ الميلاد وحتى سن 18» (الروسان، 2000).

من خلال استعراض التعريفات السابقة نجد أن معظم المختصين في التربية الخاصة ومنهم جروسمان ومارشيل ولاكون والجمعية الأمريكية للطب النفسي يتفقون على أن الشخص المتخلف عقليا هو كل فرد ينخفض أداؤه عن المتوسط على اختبارات الذكاء المقننة بمقدار انحرافين معياريين أو أكثر ويصاحبه قصور في السلوك التكيفي. على أن يظهر ذلك خلال المرحلة النمائية الممتدة من الولادة إلى سن الثامنة عشرة. وقد عرفت الجمعية الامريكية التخلف العقلي 1992 بما يلي « يمثل التخلف العقلي عدداً من جوانب القصور في أداء الفرد والتي تظهر قبل سن 21 سنة وتتمثل في التدني الواضح في القدرة العقلية عن متوسط الذكاء يصاحبه قصور واضح في اثنين أو أكثر من مجالات المهارات التكيفية وهي:

1- الحياة اليومية.

2- المهارات الاجتماعية.

3- المهارات اللغوية.

4 مهارات التعامل بالنقود.

5- مهارات السلامة العامة.

6- المهارات الاكاديمية الوظيفية كالقراءة والكتابة والحساب.

والتخلف العقلي ليس مرضاً وإنما هو حالة تشير إلى مستوى من الأداء الوظيفي العقلي الذي ينخفض عن المتوسط انخفاضاً ذا دلالة مرتبطاً بسلوك الفرد التكيفي وتظهر آثاره في مراحل النمو المختلفة. ويشمل التخلف العقلي مجموعة كبيرة من الأفراد الذين يختلفون عن بعضهم البعض اختلافاً كبيراً من حيث درجة الإعاقة والمظاهر الأكلينيكية ومن حيث الأسباب المؤدية لها. وعلى الرغم من أن كثيراً من الباحثين والعلماء من مختلف الميادين العلمية قد بحثوا في أسباب الإعاقة بشكل عام إلا أن الأبحاث الطبية لم تستطيع التوصل إلى أكثر من حوالي 25% من الأسباب المؤدية للإعاقة بشكل عام والتخلف العقلي بشكل خاص، وهذا يعني أن 75% من الأسباب ما زالت من وجهة النظر الطبية غير

معروفة الأسباب. غير أن هذا الواقع لا يقلل من أهمية بذل المزيد من الجهد لمعرفة باقي الأسباب. والباحثون بدورهم لم يدخروا جهداً في سبيل إبراز العوامل التي تؤدي إلى تعرض الطفل لاحتمال الاصابة بالإعاقة. ولا شك أن الوقاية من مثل هذه العوامل يساعد إلى حد كبير في تقليل احتمال أن يتعرض أحد ابنائنا للتخلف العقلي.

تصنيفات الإعاقة العقلية:-

يمكن تصنيف الإعاقة العقلية إلى ثلاث فئات تعتمد كل منها على مجموعة من الجوانب عند المتخلفين عقلياً وهذه التصنيفات هي:

أولاً: تصنيف الجمعية الامريكية للتخلف العقلي:

اعتمدت الجمعية الامريكية للتخلف العقلي نسبة الذكاء فهي ترى إنه يمكن تقسيم المتخلفين عقليا إلى أربعة فئات اعتماداً على نتائج إختبارات الذكاء مثل، اختبار ستانفورد - بينيه أو إختبار وكسلر وقد حدد ذلك جروسمان Grossman, 1983 وهذه التقسيمات هي:

1- فئة التخلف العقلي البسيط Mild mental Retardation:

وحسب هذا المعيار تكون هذه الفئة للأفراد الذين يحصلون على نسبة ذكاء تتراوح ما بين 55-70 على اختبارات الذكاء.

2- فئة التخلف العقلي المتوسط Modrate mental Retardation:

وهم الأفراد الذين يحصلون على نسبة ذكاء تتراوح ما بين 40-55 على اختبارات الذكاء.

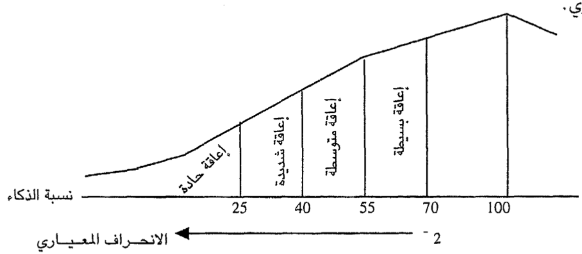
3- فئة التخلف العقلي الشديد Severe mental Retardation:

وهم الأفراد الذين يحصلون على نسبة ذكاء تتراوح ما بين 40-25 على اختبارات الذكاء.

4- فئة التخلف العقلي الحاد Profonnd mental Retardation:

وهم الأفراد الذين يحصلون على نسبة ذكاء متدنية جداً تقل عن 25 على اختبارات الذكاء.

ويمثل الشكل رقم (1) توزيع تصنيف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي على المنحنى السوي.



الشكل(1) توزيع تصنيف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي

ثانياً: التصنيف التربوي Educational Classification

حسب هذا التصنيف يمكن تقسيم فئات الإعاقة العقلية إلى الأقسام التالية وذلك حسب ما يمكن تقديمه من خدمات تربوية وهو ما يطلق عليه أيضاً الصلاحية التربوية وهذه الأقسام هي:

1- القابلون للتعلم Educable mentally Retarded:

وهم من تتراوح نسبة ذكائهم ما بين 55-75 درجة على مقياس الذكاء وهذه الفئة تقع ما بين بطيئي التعلم والمتخلفين عقلياً بدرجة بسيطة، وهم من يستطيعون تعلم بعض المهارات الأكاديمية كالقراءة والكتابة والحساب.

2- القابلون للتدريب Train able mentally Retarded:

وتتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة ما بين 25-55 درجة، وهذه الفئة غير قادرة على تعلم المهارات الاساسية مثل القراءة والكتابة والحساب، ولكن يمكن تدريبهم على القيام ببعض المهارات الأساسية مثل العناية بالنفس واللباس والقيام بالأعمال البسيطة التي تتطلب ذكاء بسيطاً.

3- من يحتاجون إلى رعاية وحماية Costodial :

وهم الأفراد من ذوي التخلف العقلي الشديد أو الحاد ويطلق عليهم الاشخاص الاعتماديون وهم غير القادرين على تعلم حتى المهارات الأساسية كالاعتماد على النفس في اللباس، وغير ذلك، وهؤلاء يحتاجون إلى متابعة ورعاية دائمة.

ثالثاً: التصنيف الطبي Medical Ciassification:

هذا التصنيف يعتمد الخصائص الأكلينيكية المميزة لفئة التخلف العقلي ويتضمن الفئات التالية:

1- الاستسقاء الدماغي Hydrocephalic:

سميت هذه الحالة بهذا الاسم لوجود سائل النخاع الشوكي داخل أو خارج الدماغ، أي ما بين القشرة الدماغية والدماغ، أو خارج القشرة الدماغية. في هذه الحالة تعتمد الإعاقة على سرعة اكتشاف هذا السائل فإذا تم اكتشافه مبكراً يمكن سحبه بعملية جراحية، أما إذا تأخر اكتشافه فإنه يعرض الشخص للإصابة بالإعاقة العقلية لأنه لا يسمح بالنمو بشكل سليم.

2- البول الفيتاليني Phenylketonuria:

يعود اكتشاف هذه الظاهرة إلى الطبيب النرويجي فولنج Voling سنة 1934 وسبب وجود هذه الظاهرة هو نقص كفاءة الكبد في إفراز أنزيم يساعد في عملية التمثيل الغذائي، ويمكن اكتشاف وجود هذه الظاهرة عند الطفل إما بوضع نقاط من حامض الفيريك مع بول الطفل، فإذا تغير لون البول إلى اللون الأخضر فهذا يعني وجود حالة Pku لدى الطفل، كما يمكن وضع شريط حامض الفيريك على فوطة الطفل وبعد ذلك يقارن اللون مع اللوحة الطبية المختصة.

3- حالة عرض داون أو المنغولية Mingolism:

تعود هذه التسمية إلى الطبيب الانجليزي جون داون حيث بيَّن في محاضرة عرضها عام 1866 بأن هذه الحالة تشكل حوالي 10% من الإعاقة العقلية المتوسطة والشديدة.

4- صغر حجم الجمجمة Microcephalic:

يعود السبب في وجود هذه الحالة إلى تناول الكحول والتدخين وتناول العقاقير اثناء الحمل، وقد تعود Bيضاً للعوامل الوراثية، وفي هذه الحالة يصعب على المعاق التآزر الحركي والبصري.

5- القماءة Critinism

القماءة الملحوظة مقارنة مع المجموعة العمرية التي ينتمي إليها الشخص المعاق، ويعود السبب في ذلك إلى نقص في افراز حامض الثيروكسين والذي تفرزه الغدة الدرقية.

التطور التاريخي للعناية بالمعاقين عقلياً

تشير مختلف المصادر إلى ان استجابة المجتمعات الانسانية لظاهرة الإعاقة العقلية وموقفها من المتخلفين عقلياً مرت بأربع مراحل أساسية وهي:

1- **مرحلة الإبادة:** كانت المجتمعات الانسانية في العصور القديمة تتخلص من الأطفال المعاقين والضعفاء، وأبرز الأمثلة على ذلك ما ورد في «جمهورية أفلاطون» التي كانت تقوم على ارستقراطية العقل. حيث نادى أفلاطون بضرورة اخراج المعوقين خارج حدود الدولة حتى ينقرضوا. وكذلك كانت تفعل أسبارطة والإمبراطورية الرومانية اللتان كانتا تتخلصان من المعوقين بشتى الطرق.

2- **مرحلة الإهمال:** في هذه المرحلة خفت سلبية ردود الأفعال إزاء المعوقين عقليا. ولم تعد المجتمعات تتخلص منهم بالقتل أو العزل حتى الموت بل كانوا يتركون في المجتمع. مهملين دون أي شكل من أشكال الرعاية الخاصة إلى أن يموتوا. وبطبيعة الحال فإن هذا الإهمال كان يعود إلى حدث تلقائي سريع لحالات الإعاقة الشديدة وقصر واضح في المدى العمري لمختلف فئات المعوقين عقلياً.

3- **مرحلة الرعاية الأساسية:** يمكن القول إن هذه المرحلة بدأت وتأصلت بفضل الديانات السماوية التي تنص جميعها على قيم إنسانية وأخلاقية تنادي برعاية الضعفاء والمرضى والمعوقين وغيرهم من الفئات الأقل حظاً في المجتمع وخاصة الدين الإسلامي الحنيف.

واتسمت هذه المرحلة بالعناية بالمعوقين عقلياً وتزويدهم بالغذاء والشراب والكساء. وشهدت هذه المرحلة إيجاد دور الإيواء للمعوقين عقلياً. وكان الاعتقاد السائد بعدم إمكانية تعليم المعوقين عقلياً، وأحياناً كان المعوقون عقليا يودعون في السجون إلى جانب المجرمين، للاعتقاد بأنهم يشكلون خطراً على المجتمع. وفي أحيانٍ كثيرةٍ كانوا يرسلون إلى المصحات ودور الايواء الخاصة بالمرضى النفسيين والعقليين .

(Kirk & Gallagher, 1983)

4- **مرحلة التربية الخاصة والتأهيل:** يمكن القول إن هذه المرحلة بدأت مع نهاية القرن الثامن عشر وبداية القرن التاسع عشر. واتسمت هذه المرحلة ببدء المحاولات لتدريب المعوقين عقليا وتأهيلهم. وتشكل جهود الطبيب الفرنسي إيتارد (Itard) البداية

الحقيقية لهذه المرحلة. كان ايتارد طبيباً لامعاً يعمل في مركز للصم. وفي عام (1798) عثر ثلاثة صيادين على طفل متوحش في إحدى غابات افرون في فرنسا. وسمي ذلك الطفل فيكتور أو الطفل افيرون نسبة إلى اسم الغابة التي وجد فيها. كان فيكتور متوحشاً لا يتقن أياً من جوانب السلوك المتحضر بما في ذلك اللغة. اعتقد ايتارد ان بإمكانه تدريب ذلك الطفل، وجعله كائناً اجتماعياً، وعلى الرغم من أن ايتارد لم يحقق كل أهدافه إلا أنه استطاع خلال (5) سنوات من تدريب فيكتور وتعليمه كيفية نطق وكتابة وقراءة بعض الكلمات. إضافة إلى تهذيب سلوكه الحيواني بعض الشيء. ثم قام سيجان (Segiun) وهو أحد تلاميذ ايتارد سنة 1837م بافتتاح مؤسسة لرعاية المعوقين عقليا في باريس. وفي عام 1848م هاجر إلى الولايات المتحدة حيث افتتح في سنة 1854م أول مؤسسة داخلية للمعوقين عقليا (-القريوني، 1995) وفي الوطن العربي كان لميثاق حقوق الطفل العربي والذي صدر في عمّان (1984)م عن مؤسسة نور الحسين دوراً بارزاً في أهمية حماية الطفل العربي. حيث دعا الميثاق إلى احترام إنسانية الطفل وتوفير المناخ المناسب لنموة نفسياً واجتماعياً واخلاقياً، والى حمايته من المعاملة السيئة بجميع أشكالها. وينص البند رقم (11) من بنود هذا الميثاق على ما يلي:

1- تأكيد وكفالة حق الطفل من الرعاية الاسرية والتنشئة القائمة على الاستقرار الأسري ومشاعر التعاطف والدفء والتقبل....الخ.

2- تأكيد وكفالة حق الطفل من الخدمة الاجتماعية المجتمعية المؤسسية المتكاملة والمتوازنة، الموجهة لكل قطاعات الطفولة في البادية والريف والحضر، وخاصة أبناء الفقراء في هذه البيئات. وللأسوياء والمعوقين والموهوبين كل فئة حسب حاجاتها، بما يضمن لها الفرصة في العيش الهنيء والنشأة السوية والانخراط في حياة المجتمع والإسهام في بنائه وتطويره.

3- تأكيد وكفالة حق الطفل في رعاية الدولة وحمايتها له من الاستغلال الجسماني والروحي، حتى لو كان ذلك من جانب أسرته. وتنظيم عمالته. بحيث لا تبدأ إلا في سن مناسبة وبحيث لا يتولى عملاً أو حرفة تضر بصحته أو تعرضه للخطر أو تعرقل تعليمه اوتحجب فرص نموه من الناحية البدنية أو العقلية أو النفسية أو الخلقية أو الاجتماعية (الميثاق العربي لحقوق الطفل الاسامية، مؤسسة نور الحسين، 1984).

أسباب الإعاقة العقلية:

قام الأطباء والعلماء المهتمون بدراسة الإعاقة العقلية بجهود كبيرة لاكتشاف أسباب الإعاقة العقلية، وقد تم تحديد كثير من العوامل التي تؤدي إلى الإعاقة العقلية، رغم أن هناك عوامل وأسباب كثيرة لم يتوصل الباحثون والاطباء إلى التعرف إليها، وذلك لأن دراسة الانسان من أعقد الدراسات التي يمكن القيام بها. غير أن هذه العوامل المسببة للإعاقة العقلية سواء المعروفة منها أو غير المعروفة يمكن تصنيفها إلى ثلاث عناوين رئيسية هي: الوراثة، والبيئة أو تفاعل العوامل الوراثية والبيئية. وقد لوحظ أن الإعاقة العقلية الشديدة والحادة تنتشر بين الطبقات الاجتماعية المختلفة في المجتمع (الطبقة العليا والوسطى والدينا) بصورة متساوية تقريباً في حين ان الإعاقة العقلية البسيطة تنتشر بين أفراد الطبقة الفقيرة أو الطبقة الدنيا في سلم الترتيب الاجتماعي بصورة أكبر من انتشاره بين الطبقات الأخرى في المجتمع. هذا وقد تم إجراء الكثيرمن الدراسات حول تأثير عوامل سوء التغذية والحرمان الثقافي والبيئي على القدرات العقلية وقد ثبت ان لها تأثيراً سلبياً على هذه القدرات، وأكدت هذه الدراسات على ضرورة تحسين العناية بتغذية الأطفال في السنوات الاولى من العمر، وتوفير البيئات التربوية الأفضل وهذا ينعكس على قدراتهم العقلية بالاتجاه الإيجابي.

ويمكن تقسيم العوامل المسببة للإعاقة العقلية على أساس المرحلة الزمنية التي حدثت فيها هذه العوامل وفق الترتيب التالي:

المرحلة الاولى: مرحلة ما قبل الولادة:

يمكن تقسيم العوامل المسببة للإعاقة العقلية من مرحلة ما قبل الولادة إلى العوامل التالية:

أ- العوامل الجينية:

من المعروف ان صفات الفرد الواضحة والتي يمكن ملاحظتها بسهولة مثل الطول ولون الشعر والعيون وشكل الانف وغير ذلك تحددها الكروموسومات الموجودة في نواة الخلية البشرية، ويقدر العلماء أن كروموسومات الانسان تحمل ما بين (60000 -100000) جين بعضها يأتي من قبل الأب والآخر من الأم، ونتيجة لتفاعل هذه الجينات بعضها مع بعض تتوالد تلك الصفات الوراثية التي تحدد صفات الفرد في مختلف النواحي.

وقد أرادت المشيئة الألهية لحكمة نجهلها أن يكون هناك بعض الجينات الضارة منتشرة في هذا الكم الهائل من الجنيات، وقد تمكن العلماء حتى يومنا هذا من معرفة 2800 جين له صفات ضارة وغير مرغوبة. ولكن لحسن الحظ فإن نسبة انتشار هذه الجينات الضارة بين الناس قليلة جداً وبعضها نادر جداً. وبالتالي فإن احتمال تزاوج الانسان الذي يحمل هذه الجينات الضارة مع إنسانة تحمل نفس هذه الجينات الضارة هو احتمال نادر جداً .

ومن هذه الحالات المرضية حالة الحامض الفينلكتونوريا Phenylketonuria (PKU) وحالة الكلالتوسيميا Galactosemia، وهناك حالات أخرى مثل القماءة أو صغر حجم الجمجمة وحالة Epiloia. وهناك عامل آخر مهم وهو الانقسام المبكر للبويضة الملقحة والذي قد يؤدي إلى انقسام الخلية الجينية، حيث يؤدي بدوره إلى خلل في انقسام الكرمرسومات وينتج عن ذلك ما يعرف بمتلازمة داون أو المنغولية Mongolism.

ب- العوامل غير الجينية:

1- الأشعة: الأشعة السينية كما هو معروف تؤثر تأثيراً سلباً على نمو الجنين وخاصة في الأشهر الاولى من الحمل، وقد تم اكتشاف ذلك عندما تم علاج النساء الحوامل المصابات بمرض سرطان الرحم وذلك في الثلاثيات من القرن الماضي حين ظهر الكثير من التشوهات الخلقية وذلك نتيجة للحرب العالمية الثانية، وللحروب بشكل عام، وقد ظهر ذلك واضحاً في هيروشيما ونجازاكي في اليابان بعد أن ألقت أميركا قنبلتين نوويتين على تلك المناطق حيث انتشرت في تلك المناطق التشوهات الخلقية بالاضافة إلى كبر وصغر حجم الجمجمة وأمراض السرطان وغيرها من الامراض التي انتشرت بشكل ملفت للنظر، وظهرت ايضاً في المناطق القريبة من تشيرنوبل المفاعل النووي الروسي عندما ظهرت فيه انفجارات ادت إلى تسرب بعض الاشعاعات من هذا المفاعل النووي.

2- الحصبة الألمانية: تعتبر الحصبة الألمانية من الامراض المسببة بشكل واضح للإعاقة ومن أخطر الأمراض التي تصاب بها الانثى أثناء فترة الحمل. وقد تم اكتشاف هذا المرض من قبل الطبيب Mcalistar في عام 1941م حيث تكمن خطورة هذا المرض عند إصابة المرأة الحامل فيه في بداية الحمل. فقد أثبتت الدراسات التي بحثت علاقة هذا المرض ببعض التشوهات الخلقية التي تحصل للمولود حيث ثبت أن لهذا المرض علاقة كبيرة مع بعض التشوهات الخلقية للمولود، ومنها فقدان البصر أو السمع أو أمراض القلب وصغر

وكبر حجم الجمجمة والتهاب السحايا الدماغي واستسقاء الدماغ علماً بأن جميع هذه الاعراض مرتبطة بالإعاقة العقلية عند المولود.

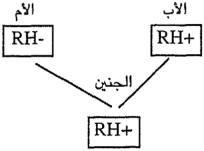
3- الزهري الولادي: Congeiatal Syphilis

من الأمراض التي تتعرض لها الأم ولها تأثير سلبي على الطفل عند ولادته الزهري، لذا يجب الاهتمام بحالة الأم الصحية اثناء الحمل من أجل صحتها وصحة الجنين ايضاً.

4- إختلاف العامل الرايزيسي Blood Incompatibility RH

تدل التجارب التي أجريت على عدد كبير من المجتمعات لمعرفة مدى انتشار العامل الرايزيسي بصفة سائدة حيث أشارت هذه الدراسة أن حوالي 85% من المجتمعات البشرية يوجد بها هذا العامل بصفة سائدة و 15% فقط هم من لا تحتوي دماءهم على هذا العامل بصفة سائدة ويؤدي إختلاف العامل الرايزيسي بين الأم والأب (أي إذا كان الأب يحمل عامل رايزيسي موجب والأم تحمل عامل رايزيسي سالب).

أما الجنين فسوف يحمل عامل رايزيسي موجب بسبب سيادة العامل الموجب حسب قانون مندل في الوراثة وهذا ما يوضحه الشكل رقم (2).



الشكل(2)اختلاف العامل الرايزيسي بين الأم والأب

وبسبب هذا الإختلاف بين العامل الرايزيسي للأم والجنين تتكون أجسام مضادة في دم الأم وتعمل هذه الأجسام على مهاجمة كريات الدم الحمراء عند الجنين مما يؤدي إلى تكسر دم الجنين وحدوث خلل في الجهاز العصبي المركزي وهذه الحالة تحدث للطفل الثاني وليس الطفل الأول الذي يخرج سالماً حتى مع اختلاف العامل الرايزيسي بين الأم والطفل حيث أن الأم تحتفظ بالأجسام المضادة في جسمها عند إنفصال الحبل السري للوليد حيث يختلط دم الأم ودم الجنين بعد الحمل الأول. وتطور الطب الحديث وتغلب على

هذه المشكلة عن طريق حقن الأم بأبرة تحتوي على مادة (Gamaolobuin) بعد الولادة بـ (72) ساعة وتعمل هذه المادة على وقف إنتاج الأجسام المضادة لدى الأم.

5- **تعاطي العقاقير والادوية اثناء الحمل** Drug Ingestion

إن تعاطي الادوية والعقاقير أثناء الحمل لها تأثير سلبي على صحة الجنين وعلى نموه، وهذا يؤدي إلى تشوهات خلقية متعددة كنقص في أحد الاعضاء أو حالات إعاقة متعددة والدليل على ذلك ما جرى في الستينيات من هذا القرن عندما تم تناول عقار يسمى Tha-lidomide حيث دلت الوقائع على أن حوالي 3,600 طفل أصيبوا آنذاك بتشوهات خلقية.

6- **الادمان على تناول الكحول:**

تدل الدراسات على أن تناول الأم الكحول أثناء الحمل يؤدي إلى حدوث بعض الإعاقات وذلك يسبب التشوهات الخلقية عند الجنين خاصةً كبر أو صغر الجمجمة وتشوهات في الأطراف والوجه.

7- **الامراض المزمنة عند الأم والولادة المبكرة:**

عوامل تؤدي إلى وجود تشوهات خلقية عند الجنين وبالتالي إلى الإعاقة العقلية لعدم اكتمال نمو الجنين عند الولادة المبكرة مما يؤدي إلى وضعه داخل الحاضنات حيث يكون الطفل أكثر عرضة للأمراض لكونه اقل مقاومة لها.

الأسباب البيئية للإعاقة العقلية:

هناك الكثير من الأسباب البيئية التي تؤدي إلى الإعاقة العقلية ومن بينها:

1- **المواد السامة Toxins:**

من الثابت أن كثيراً من المواد والمعادن الثقيلة مثل الرصاص والزئبق تؤدي إلى تسمم الأطفال عند استنشاق تلك المواد ودخولها إلى الرئتين، وكذلك عن طريق الإحتكاك بالجلد الناعم عند الطفل حيث تصل تلك المواد إلى نسيج الجهاز العصبي المركزي الذي يمتص هذه المادة السامة، وبذلك يؤدي إلى مشكلات جسمية متنوعة كما أن المهارات اللفظية ومهارات الإنتباه أكثر قابلية للتأثر بآثار الرصاص السامة. كما أنه قد يتعرض الطفل للتسمم بالرصاص عند شربه لماء الأنابيب التي يتم لحمها بالرصاص، أو عن طريق

الرصاص الذي يوجد في طلاء المواد اللاصقة. وقد يتعرض الأطفال للتسمم بالرصاص عن طريق إستنشاق غاز أول أكسيد الكربون CO الذي تخرجه عوادم السيارات والآلات التي تُدير المصانع . (هيلي، 1993).

2- سوء التغذية Diet:

إن سوء التغذية لا شك أنها تؤثر تأثيراً سلبياً وواضحاً على صحة الأطفال وتشير أغلب الدراسات إلى أن هناك ارتباطاً إيجابياً وعاليا بين البيئات الفقيرة والإعاقة العقلية.

وهناك أسباب أخرى مثل:

تعرض الطفل اثناء الولادة إلى نقص الأوكسجين أو التسمم أو الأختناق وهذه العوامل تؤثر سلباً على نمو الدماغ وبالتالي إلى حدوث الإعاقة العقلية، كما أن البكتريا التي تسبب إلتهابات السحايا أو تصيب الغشاء الذي يغلف المخ أو الحبل الشوكي مثل بكتيريا الانفلونزا أو الألتهاب الرئوي، كثيراً ما تسبب اضطرابات في الاجهزة العصبية المتصلة بالمخ.

الخصائص السلوكية للمعاقين عقلياً:

أظهرت نتائج الدراسات التي أجريت على الخصائص السلوكية للأطفال المعاقين عقلياً أن الكثير من الخصائص السلوكية قد تنطبق على طفل ولا تنطبق على طفل آخر عند المعاقين عقلياً ومن هذه الخصائص ما يلي:

I- التعلم Learning

يعاني الطفل المعاق عقلياً وبشكل واضح من ضعف في القدرة على التعلم وفي القدرة على التحصيل مقارنة بالطفل العادي الذي هو في مثل سنه وهذا ما أثبتته الدراسات العديدة التي أجريت حول هذا الموضوع (مع العلم بأن الخطأ المقبول في هذه الدراسات لم يتجاوز 0, 01%) ومن هذه الدراسات التي أجريت: بني مستر Benmeister, 1976

ودراسة ماكميلات Macmillan, 1977 ومن الدراسات العربية دراسة الروسان، 1988 ودراسة الروسان والعامري 1988م ودراسة البسطامي. جميع هذه الدراسات كانت نتائجها لصالح الطلبة العاديين في جميع المواد وخاصة في القراءة والحساب والكتابة.

2- الانتباه Attention

لا شك أن للإنتباه دوراً بارزاً في عملية التعلم، فإذا كان الفرد يعاني من اضطرابات في القدرة على الانتباه سيؤثر ذلك بشكل مباشر في القدرة على التعلم، وقداثبتت الدراسات التي أجريت حول شدة الانتباه عند الطفل المعاق عقلياً على أن معظم هؤلاء الاطفال لديهم نقص واضح في قدرتهم على الانتباه والتعلم التمييزي بين المثيرات، لذا فهم يصابون بالاحباط والشعور بالفشل والدونية وهم يعانون ايضاً من نقص في عملية الاستقبال وتسلسل المعلومات ومن تجميع الاشياء وتصنيفها مما يؤدي إلى إعاقة عملية التعلم لديهم.

3- التذكر Memory

مما لا شك فيه أن القدرة على التذكر ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالقدرة العقلية، حيث نجد الطفل المعاق عقلياً لديه ضعف عام في قدرته على تذكر الأسماء والموضوعات والأشكال، ويظهر ذلك واضحاً في الذاكرة قصيرة المدى، وقد يعود السبب في ذلك إلى عدم قدرة الطفل على استعمال الإستراتيجيات المناسبة للتذكر والتي يقوم بها عادة الطفل العادي، حيث نجد أن أسلوب تعليم الطفل المعاق عقلياً يركز على التعلم الحسي أكثر من المجرد. لذا فان المناهج التي تعطى للمعاقين عقلياً يجب ان تأخذ بعين الاعتبار الخطة التربوية والتعليمية الفردية لكل فرد من الأفراد ويجب على المعلم اتخاذ الأساليب المناسبة لعملية التعلم والتي تعتمد على الطريقة الحسية لا المجردة حتى يتمكن هؤلاء الاطفال من استيعابها.

الخصائص اللغوية

من المظاهر المميزة للمعاقين عقلياً المشكلات المرتبطة بالخصائص اللغوية. ونجد لدى المعاق عقلياً قصوراً واضحاً في استخدام اللغة والكلام فهو لا يستطيع استخدام اللغة الصحيحة أو الكلام المتناسق المعنى، فمنذ عهد اسكيرول Esquirol استطاع المهتمون التعرف إلى علاقة الذكاء باللغة، مما دعا اسكيرول إلى محاولة تقسيم فئات المعاقين عقلياً

حيث اعتمد في تقسيمه على مستوى اللغة التي يستخدمها الطفل، حيث أن للغة التي يستخدمها الطفل أهمية بالغة في عملية التفاهم بين الناس. لذا فإننا نجد أن الطفل يتعرف على الأشياء وفهم الأحداث ويتفاعل مع غيره، ويتعامل مع مواقف الحياة اليومية عن طريق التفاهم بالكلام واللغة.

ومن أهم ما يميز الكلام واللغة عند المعاق عقلياً تأخر النمو اللغوي بصورة واضحة، فنجد لديهم أن إخراج الاصوات ونطق الكلام واستخدام الجمل والتعبير اللفظي والمشاعر تظهر في عمر متأخر وبمستوى نضج أقل من الأطفال العاديين.

الأسس العامة لتدريب وتعليم المعاقين عقلياً:

يمكن الاستفادة عمليا من تلك البحوث التي اجريت على الخصائص السلوكية للمعاقين عقلياً. حيث يمكننا استخراج التطبيقات التي يمكن استخدامها مع المعاقين عقلياً لتدريسهم والتعامل معهم ومن أهم الأسس العامة لتدريب وتعليم المعاقين عقلياً ما يلي:

1- يجب أن تكون العمليات اللفظية واضحة وبسيطة، وتتم إعادتها من وقت لآخر.

2- يجب تشجيع المعاقين عقلياً على القيام بمجهود خاص للتعبير عن نفسه والتعليق اللفظي على الاشياء والصور والمواقف.

3- يجب ترتيب المادة في المواقف التعليمية المنظمة من المادي الحسي إلى المجرد ومن المألوف إلى المجهول لتسهيل عملية تكوين المفاهيم وادراك العلاقات.

4- يجب ترتيب المادة وتدريجها من السهل إلى الصعب لكي توفر للمعاق فرص النجاح.

5- يجب تقديم المادة على أجزاء مرتبة وعدم الانتقال من الجزء إلا بعد التأكد من إتقانه.

6- لا بد من استخدام وسائل تعليمية لجذب انتباه المعاقين عقليا أثناء عملية التعلم.

7- يجب تقديم ما أمكن تقديمه من المواقف المتنوعة والخبرات التي تتصل بالتعلم المفهوم وتعزيزه.

8- يجب استخدام مواد تعليمية متنوعة بقدر الامكان ويفضل استخدام أكثر من حاسة واحدة.

9- يفيد التدريب والاعادة والتكرار في تعلم وأداء أعمال معينة وإتقانها عند العمل مع فئة المعاقين عقلياً.

10- يجب ان يستمر المدرس في جذب انتباه تلاميذ الفصل.

11- يحتاج المعاق عقلياً إلى التقبل الاجتماعي لأن تاريخ الإعاقة يرتبط بالفشل والإحباط المتكرر مما يجعل من تقبله في مجموعته أمراً حيوياً لصحته النفسية.

أساليب قياس وتشخيص الإعاقة العقلية

تعرّف الإعاقة العقلية بأنها مستوى من الأداء الوظيفي العقلي والذي ينحرف عن متوسط الذكاء بانحرافين معياريين ويصاحبهما قصور في السلوك التكيفي الاجتماعي، تظهر في مراحل نمو الفرد منذ الولادة وحتى سن الحادي والعشرين.

ومن المقاييس المستخدمة في قياس القدرة العقلية ما يلي:

اولاً: المقاييس التحصيلية: من هذه المقاييس :

أ- مقياس المهارات اللغوية: هذا المقياس يستخدم لقياس القدرة المهارية اللغوية للفرد ويقارنها مع من هم في مثل سنه.

ب- مقياس القراءة والكتابة: وفي هذا المقياس نقارن الفرد مع ما هو متوقع في مثل سنه.

ج- مقياس التحصيل العام والذي اعده جاستاك Gastak ومقياس التحصيل الفردي والذي أعده دن Den ورفاقه.

ثانياً: المقاييس التكاملية

تجمع هذه المقاييس بين المقاييس الطبية والمقاييس المستخدمة في الإتجاه السيكومتري والمقاييس الإجتماعية والمقاييس التربوية، ويقوم بعملية القياس فريق يتكوّن من طبيب الأطفال وأخصائي في علم النفس وأخصائي في التربية الخاصة، تكون مهمتهم إعداد تقرير مشترك عن حالة الطفل المحول إليهم لأغراض التشخيص؛ وذلك من أجل تحديد المكان الذي يناسب الطفل وما هو المنهج الذي يتناسب مع هذا الطفل. وفي أي مستوى يقع هذا الطفل وفيما يلي شرح لأساليب التشخيص التكاملية للإعاقة العقلية:

1- أساليب البعد الطبي:

حسب هذا البعد يقوم طبيب الأطفال بفحص المريض جسمياً وحركياً ثم ينتقل إلى

تاريخ الحالة الوراثية وأسباب الحالة وظروف الحمل ومظاهر النمو الحسي والجسمي والحركي والفحوص المخبرية، بعد ذلك يقوم الطبيب بعمل فحوصات لأكتشاف حالات اضطرابات التمثيل الغذائي والتي تتمثل فيما يلي:

1- اختبار حامض الفيريك: يتم هذا الاختبار بخلط نقطة من هذا الحامض مع بول الطفل فإذا تغير لون البول فإن ذلك يدل على وجود حالة PKU.

2- اختبار شريك حامض الفيريك: يتم ذلك بوضع الشريط في بول الطفل أو على الفوطة ثم يقارن لونه فيما بعد مع لوحة الألوان الخاصة بذلك حيث يتمكن الطبيب بمعرفة أن الطفل لديه PKU أم لا مقارنة مع لوحة الألوان المعروفة للطبيب.

3- اختبار جثري Gathre : حيث تؤخذ نقطة دم من كعب الطفل وتفحص بهذا الاختبار فإذا كان مستوى الفنلين في الدم 20 لكل 100 ملجرام فإن ذلك يعني وجود PKU وكذلك قياس محيط الرأس فالطفل حديث الولادة يكون محيط رأسه ما بين 36-32سم، وإذا كان غير ذلك فإنه يدل على وجود حالات تعرف بحالات كبر أو صغر حجم الجمجمة أو المنغولية أو حالات الاستسقاء الدماغي، ويفحص أيضاً حركة الجذع والساقين والمشي والوقوف وكذلك الطول والوزن.

2- أساليب قياس البعد السيكومتري:

جاءت هذه المقاييس بعد المقاييس الطبية أو بعد الاتجاه الطبي، وظهر أول مقياس لآلفرد بينيه(Aifred Benet, 1904) في فرنسا حيث كان يعمل وزيراً للتربية والتعليم وطلب منه وضع مقياس لتصنيف الطلبة، وعدِّل هذا المقياس في جامعة ستانفورد حيث أصبح يطلق عليه اختبار ستانفورد - بينيه وكان ذلك ما بين (1904-1916) ثم ظهر مقياس للأطفال ومقياس وكسلر للراشدين سنة 1949 ومقياس جودانف لرسم الرجل سنة 1926 وهو من المقاييس الأدائية المعروفة ويتميز أيضاً بسهولة التطبيق.

وقد تم توجيه العديد من الانتقادات لهذه المقاييس من قبل علماء الاجتماع والتربية الخاصة مثل ميرسر ووليامز ومن هذه الانتقادات

1- انتقادات موجهة إلى صدق المحتوي في هذه الاختبارات. حيث إن هذه الاختبارات لا

تتناسب مع جميع الثقافات فهي تتناسب مع ثقافة البيض في أمريكا وليس ثقافة السود مثال ذلك المشط في اختبار وكسلر حيث قدم مشط له سن مكسورة عندما قدم للسود وللبيض كانت ردود افعالهم مختلفة وذلك لاختلاف الثقافات.

3- انتقادات موجهه إلى إجراءات تطبيق الاختبار :مثل كفاءة الفاحص، ظروف المفحوص. مكان وزمان الاختبار.

ومن الاختبار السيكومترية

1- اختبار ستانفورد - بينيه.

ظهر هذا الاختبار في سنة 1905 على يد بينيه وسيمون في فرنسا يتكون هذا المقياس من 30 فقرة متدرجة في الصعوبة يطبق على الأطفال وطور هذا المقياس في أمريكا في جامعة ستانفورد على يد تيرمان Terman & Merril وتم مراجعته عدة مرات حتى سنة 1916يبدأ هذا الاختبار من سن 2-18 سنة وهو اختبار فردي يستغرق تطبيقه من 30-90 دقيقة وتصحيحه من 30-45 دقيقة ويعتبر من أكثر الأختبارات شيوعاً وأسهلها كما أنه يتمتع بصدق وثبات مقبول وقد تم تعريبه في كثير من الدول العربية منها الأردن والسعودية ومصر.

2- مقياس وكسلر:

نتيجة للانتقادات التي وجهت إلى اختبار ستانفورد - بينيه فقد قام وكسلر بوضع ثلاثة اختبارات للذكاء قدمها لثلاث فئات عمرية وهي اختبار وكسلر للكبار واختبار وكسلر لذكاء الأطفال واختبار وكسلر لاطفال مرحلة ما قبل المدرسة.

يرى عليان والكيلاني 1988 اللذان قاما بتقنين الاختبار على البيئة الاردنية أن وكسلر يُظهر سلوكاً مميزاً للشخصية مثل الدافعية والمثابرة والضبط الذاتي، وأن الذكاء هو قدرة كلية عامة للقيام بفعل مقصود والتفكير بشكل عقلاني والتفاعل مع البيئة بكفاية.

يصلح مقياس وكسلر للكبار من سن 16 فما فوق وللأطفال من سن 6-17 أما أطفال ما قبل المدرسة فمن سن 4-6 ومتوسط العلامات الكلية على المقياس هو 100 والإنحراف المعياري 15 ومدة تطبيقه من 50-75 دقيقة وتصحيحة من 30-40 دقيقة.

اولاً: مقياس وكسلر لأطفال ما قبل المدرسة ويتكون هذا المقياس من:

أ- المقياس اللفظي ويتكون من المعلومات العامة (30) فقرة والمتشابهات (17) فقرة والحساب (18) فقرة، المفردات (32) فقرة والاستيعاب واعادة الارقام (14) فقرة.

ب- المقياس الأدائي ويتكون من تكميل الصور وترتيب الصور وتصميم المكعبات وتجميع الأشياء والترميز واختبار المتاهات.

ثانياً: مقياس وكسلر لذكاء الأطفال من سن (6-17) ويتكون من

أ- المقياس اللفظي: المعلومات العامة، الاستيعاب، الحساب، المتضادات والمتشابهات المفردات، المادة الأرقام.

ب- المقياس الأدائي: تكمله الصور، ترتيب الصور، تصميم المكعبات، تجميع الاشياء، الترميز، المتشابهات.

ثالثاً: اختبار وكسلر للكبار ويتكون هذا الاختبار

أ- المقياس اللفظي: المفردات، المعلومات، الاستيعاب، الحساب، المتشابهات، اعادة الارقام.

ب-المقياس الأدائي يتكون من:

اختبار الترميز، تكميل الصور، تصميم المكعبات، ترتيب الصور، تجميع الأشياء.

3- مقياس جودانف - هاريس للرسم Goodenouh - Harris Drowong.

يعتبر هذا المقياس من مقاييس القدرة العقلية ويمكن تطبيقه بشكل فردي أو جماعي ويهدف هذا المقياس إلى قياس وتشخيص القدرة العقلية والسمات الشخصية حيث يحصل الشخص فيه على علامة خام تحوَّل إلى علاقة معيارية ثم إلى نسبة ذكاء ويستغرق وقت تصحيحه من 10-15 دقيقة وتطبيقه من 10-15 دقيقة ايضاً. تنطلق فكرة المقياس من قدرة الطفل على التعبير عن أفكاره عن طريق الرسم حيث يرى جودانف أن الطفل منذ سن الثالثة يبدأ في رسم شكل ما للإنسان هذا الشكل غير مكتمل المعلومات، حيث تبدأ معالم الإنسان عنده بالاكتمال التدريجي حسب قدراته العقلية المتطورة، أما الانسان المعاق فإنه يبدأ بالرسم حسب قدرته العقلية أيضاً ولكن إلى درجة الإعاقة لديه حيث تؤثر بشكل ايجابي على قدرته على الرسم. أجرى هاريس 1963 مراجعة وتعديل على هذا المقياس منطلقاً من الخلفية النظرية إذ يرى أن الطفل عندما يعبر عن موقف ما فإن هذا التعبير

ينطلق من تطور لقدرته العقلية وخاصة القدرة على التفكير المجرد والقدرة على الانتباه والملاحظة وإدراك التفاصيل والقدرة على التخطيط وعلى إدراكه للبيئة المحيطة به، إذ إن هذه الامور جميعاً تتغير بتغير العمر الزمني والعقلي للطفل وبناء على ذلك فقد تغير مدى المقياس من (4-10) إلى (3-15) وزادت عدد الرسومات من رسم الرجل إلى رسم الطفل والمرأة والرجل وعدد النقاط المفروض وجودها من 51-71 نقطة.

مقياس مكارثي للقدرة العقلية للأطفال (Mc carthy scales of children's Abilities, 1972)

ظهر هذا المقياس سنة 1972 من قبل دورثيا مكارثي وذلك بهدف قياس الذكاء العام لدى الاطفال وخاصة الذين يحتمل أن يكونوا من فئة ذوي صعوبات التعلم يتألف هذا المقياس من ستة مقاييس أساسية هي.

أ- المقياس اللفظي: Vewbal Subtest

عدد فقراته (5) فقرات ومن أمثلة هذا المقياس أن يتذكر المفحوص صور تعرض عليه.

ب- المقياس الأدائي الإدراكي Perceptul Performance subtest

عدد فقراته (7) ومن أمثلته أن يتمكن الطفل من بناء مكعبات مناسبة للنموذج الموجود أمامه.

ج- المقياس الحركي Motor subtest

عدد فقراته (3) ومثال عليه. تآزر الذراع حيث يطلب من المفحوص أن يؤدي مهارات حركية باستخدام ذراعه كالقبض والقذف.

د- المقياس الكمي: Quantiative subtest

عدد فقراته (3) ومثال عليه الطلب من المفحوص اعادة مجموعة أرقام بنفس الترتيب من الأول إلى الرقم الأخير أو بالعكس من الرقم الأخير إلى الأول.

هـ- مقياس التذكر Memory subtest

وعدد فقراته (4) ومثال عليه: الطلب من المفحوص أن يتذكر كلمة ثم جملة ثم قصة.

و- المقياس المعرفي العام General cognitive subtest

عدد فقراته (15) ومثال عليه: الطلاقة اللفظية. حيث يطلب من المفحوص ان يسمي اشياء في مجموعات معينة، معرفة اتجاهات مثل اليمين، اليسار وكذلك العد والتطبيق حيث يطلب من المفحوص أن يعدد ويركب المكعبات إلى مجموعات.

5- مقياس المفردات اللغوية Peabody pictur Vocabulary Test

واضع هذا المقياس هو دن Den وهو من المقاييس التشخيصية ويستخدم مع الاطفال الذين يعانون من اضطرابات لغوية تعبيرية لأن فقراته تتطلب استخدام الإشارات وليس الكلام ويعتبر من مقاييس المفردات المصورة.

يتكون هذا المقياس من صورتين متكافئتين تقدم إلى الفرد من أجل تشخيص قدرته العقلية. يصلح للأفراد من سن 2-18 سنة ويمكن أن يطبقه متخصص في التربية الخاصة أو علم النفس أو الأخصائي في اللغة، والعلامة الخام التي يحصل عليها الفرد تحول إلى ثلاث درجات مئينية. درجة تمثل نسبة الذكاء ودرجة تمثل العمر العقلي. وهذا المقياس هو عبارة عن مجموعة من الصور يطلب فيها من المفحوص أن يؤشر على واحدة منها كما هو الحال في اختبار ريفن. يتمتع هذا المقياس بدرجة صدق وثبات عالية حيث تصل إلى0.8% أو أكثر ومن حسناته أنه لا يستغرق وقتاً طويلاً من التصميم أو الإجراء.

المقاييس الاجتماعية

نتيجة للانتقادات الواسعة التي تعرضت لها اختبارات الذكاء. جاء هذا النوع من الاختبارات والتي تقيس البعد الاجتماعي، لأن الإعاقة العقلية لا تتضمن فقط البعد السيكومتري بل هناك البعد الاجتماعي والذي يعتبر من الأمور الهامة في تشخيص الإعاقة العقلية. وقد ظهر العديدمن هذه الاختبارات ومنها ما يلي:

1- مقياس السلوك التكيفي للجمعية الامريكية للتخلف العقلي

.AAMD, Adaptive Behaviour Scal

يعتبر هذا المقياس من المقاييس شائعة الاستعمال لتوفر صدق وثبات عالية له. لذلك تم تعريب هذا المقياس في دول عربية عديدة ومنها الأردن ويشكل هذا المقياس الأبعاد التالية:

1- مراحل النمو الجسمي وتطوره.

2- نمو اللغة.

3- القدرة على تحمل المسؤولية.

4- مهارات العمل الاستقلالي.

5- الأنشطة المهنية.

6- الأنشطة الاقتصادية.

7- الأنشطة المنزلية.

8- البيئة التربوية للطفل.

9- التوجيه الذاتي.

2- مقياس فيلاند للنضج الاجتماعي

Social Matuvity Scal

يشمل هذا المقياس (117) فقرة تقيس الجوانب والمهارات التالية:

1- العناية بالنفس بوجه عام.

2- ارتداء الملابس.

3- العناية بالمأكل.

4- الاتصال.

5- توجيه النفس .

6- النضج الاجتماعي.

7- التقبل في البيئة .

8- المهنة.

وكما هو الحال بالنسبة لمقياس السلوك التكيفي تم اعداد صورة معربة من مقياس فنلاند للنضج الاجتماعي في أكثر من بلد عربي. وتجدر الإشارة إلى أن الصورة المعربة من المقياس في العديد من الدول تتفاوت بدرجة كبيرة في دقتها.

وحتى تكون عملية التشخيص أكثر دقة لا بد أن تتضمن النقاط التالية:

1- التاريخ الصحي للطفل: الحالة الصحية عند الولادة، الأمراض التي تعرض لها الطفل والمطاعيم التي تناولها. الامراض النى تعرضت لها الأم اثناء الحمل. حالة الجنين أثناء الحمل. عمر الأم عند الحمل.

2- التاريخ التطوري للطفل: تتبع جوانب النمو الحركي واللغوي والاجتماعي عند الطفل فمثلاً متى استطاع أن يحبو، ويقف ويمشي ويتكلم ويضبط التبول والإخراج.

3- الوضع الاجتماعي للأسرة: ترتيب الطفل في الأسرة، المستوى التعلمي للوالدين مستوى الرعاية الاسرية، المستوى الاقتصادي والثقافي للأسرة، الحوادث المهمة في الاسرة كالطلاق أو الوفاة.

4- التحصيل الأكاديمي بالنسبة للأطفال في سن الدراسة.

ان جميع البيانات السابقة لا يمكن أن يتم التوصل اليها من خلال الموقف الاختباري وتطبيق المقاييس المقننة فحسب، بل يجب توظيف أساليب مختلفة واللجؤ إلى جميع المصادر الممكنة للحصول على المعلومات اللازمة وفي هذا المجال تبرز أهمية الأساليب التالية:

1- مقابلة الوالدين والاشخاص الآخرين المحيطين بالطفل.

2- ملاحظة المفحوص في مواقف مختلفة.

4- مقابلة المعلمين والمهتمين الذين سبق لهم وأن عملوا مع الطفل.

5- استخدام الاختبارات غير الرسمية المختلفة (القريوتي وآخرون، 1995)

4- اساليب قياس وتشخيص البعد التربوي

لا شك أن اللغة وسيلة هامة من وسائل النمو العقلي والمعرفي والانفعالي وتقسم اللغة حسب رأى ليرنر Learner من حيث طبيعتها إلى: اللغة الاستقبالية واللغة اللفظية. وهناك الكثير من المقاييس التي يمكن أن يستخدمها أخصائي التربية الخاصة من أجل وضع تقرير عن المهارات الاكاديمية للمعوقين عقلياً مثل مقياس المهارات اللغوية للمعوقين عقليا، ومقياس مهارات الكتابة والقراءة للمعوقين عقليا. وجميعها مطورة على البيئة الاردنية.

الفصل الرابع

4

الإعاقة البصرية

* المقدمة
* تعريف الإعاقة البصرية.
* نسبة انتشار الإعاقة البصرية.
* تصنيف الإعاقة البصرية.
* مظاهر الإعاقة البصرية.
* أسباب الإعاقة البصرية .
* قياس وتشخيص الإعاقة البصرية .
* خصائص المعاقين بصرياً.
* الحاجات التربوية للمعاقين بصرياً.
* الأدوات الخاصة بالمعاقين بصرياً.

الإعاقة البصرية

المقدمة:-

يتسم الجهاز البصري للإنسان بدرجة عالية من الدقة والتعقيد، ويتألف بشكل عام من العين التي تقوم بإستقبال الأشعة الصادرة عن الأجسام، ونقل الصورة المبصرة على شكل ومضات كهربائية إلى الدماغ الذي يقوم بإدراكها وتفسيرها ويصنف المعوقون بصرياً إلى فئتين (Hallahan, Kuffman, 1992).

- **الفئة الأولى:** المكفوفون (Blind)
- **الفئة الثانية:** المبصرون جزئياً (partially sighted)

كان المكفوفون الأوفر حظاً بين ذوي الاعاقات المختلفة من حيث الاهتمام بهم ورعايتهم في مرحلة مبكرة، فقد أنشئت المؤسسات الخاصة لرعاتيهم قبل ظهور أيّ مؤسسات لرعاية فئات الإعاقة الأخرى ويعتبر الفرنسي فالنتين هوي أول من أسس مدرسة لتربية المكفوفين.

أما الاطفال من ذوى ضعاف البصر فكانوا يتلقون تعليمهم في صفوف خاصة تعرف بإسم « صفوف الحفاظ على البصر »

ويوضح الشكل رقم (3) الأجزاء الرئيسة للعين وهي تتكون من ما يلي:-.

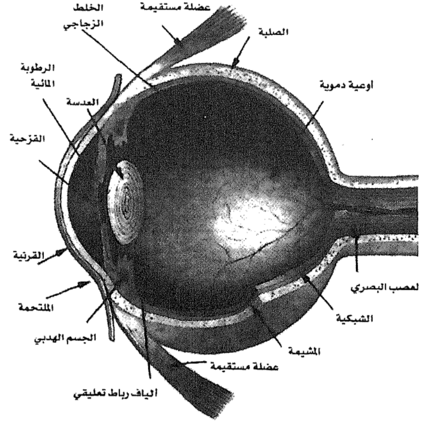
1- **القرنية** (cornea) وتمثل الجزء الامامي من العين الذي يغطي ويحمي القزحية وهي جزء شفاف يخلو من الأوعية الدموية وتعمل بمثابة نافذة للعين.

2- **العدسة (حدقة العين)** (lense) وهي جزء شفاف محدب من الجانبين وظيفتها الأساسية تركيز الضوء على الشبكية.

3- **القزحية** (Iris): وهي الجزء الملون من العين وتقع بين القرنية والعدسة وتعمل على تضييق وتوسيع بؤبؤ العين حسب كمية الضوء الساقط عليها.

4- **الشبكية:** (Retina) وهي تمثل أهم الأجزاء الداخلية للعين وهي عبارة عن نسيج حساس للضوء، وتظهر صور الأشياء على الشبكية بشكل معكوس، ويتم نقل هذه الصورة المعكوسة بواسطة العصب البصري إلى الجهاز العصبي المركزي، الذي يقوم بدوره بتصحيح الصورة وتظهر بشكلها الطبيعي.

ويظهر الشكل رقم (1) الأجزاء الرئيسية التي تتكون منها العين.



الشكل (3) الأجزاء الرئيه للعين

تعريف الإعاقة البصرية:-

ظهرت تعريفات متعددة للإعاقة البصرية بعضها ركز على الجوانب القانونية والبعض الآخر ركز على الجوانب التربوية، وقد ظهر تعريف الإعاقة البصرية من الناحية القانونية قبل تعريف الاعاقات البصرية من الناحية التربوية.

ويركز التعريف القانوني على حدة البصر ويشير إلى أن الشخص الكفيف هو ذلك الشخص الذي لا تزيد حدة إبصاره عن 200/20 قدم في العين الأقوى بعد التصحيح ومعنى ذلك أن الشخص الكفيف يحتاج لتقريب الشيء الذي يراه الشخص العادي من مسافة 200 قدم إلى 20 قدم حتى يرى الشخص الكفيف.

أما التعريف التربوي. فيشير إلى أن الانسان المكفوف هو الذي فقد بصره بالكامل ولا يستطيع تعلم القراءة والكتابة إلا بطريقة برايل.

نسبة انتشار الإعاقة البصرية:

تعتبر الصعوبات البصرية من الحالات الأقل حدوثاً مقارنة بفئات الإعاقة الأخرى، ويشير هالهان وكوفمان إلى أن نسبة كف البصر لدى أطفال المدارس قد تصل إلى 10% من حالات كف البصر لدى الراشدين، وتشير التقديرات أن نسبة انتشار الإعاقة البصرية تتراوح ما بين 5 ,0% -5 ,1 % بين الافراد العاديين وتزداد هذه النسبة مع تقدم العمر (Har-ing, 1982).

تصنيف الإعاقة البصرية:

يصنف المعوقون بصرياً إلى فئتين رئيسيتين:

الأولى: فئة المكفوفين Blind وتنطبق على هذه الفئة التعريف القانوني والتربوي للإعاقة البصرية.

الثانية: فئة المبصرين جزئياً Bartially sighted وهذه الفئة تستطيع القراءة بإستخدام وسيلة تكبير او نظارة طبية وتتراوح حدة إبصار هذه الفئة ما بين 20/70 إلى 20/200 قدم في العين الأقوى حتى مع استعمال النظارة الطبية.

مظاهر الإعاقة البصرية: تتعدد مظاهر وأشكال الإعاقة البصرية ومنها:

1- طول النظر (Hyperopia)

ويعاني الفرد من صعوبة رؤية الاجسام القريبة بسبب سقوط صورة هذه الأجسام المرئية خلف الشبكية وفي هذه الحالة تستخدم النظارات الطبية ذات العدسات المحدبة أو العدسات اللاصقة لمعالجة هذه المشكلة.

2- قصر النظر (Myopia)

وهي حالة معاكسة لطول النظر حيث يعاني الفرد من صعوبة رؤية الاجسام المرئية أمام الشبكية وتستخدم النظارات الطبية ذات العدسات المقعرة أو العدسات اللاصقة لمعالجة هذه المشكلة

3- صعوبة تركيز النظر أو اللابؤرية (Astigmatism)

وتبدو مظاهرها في صعوبة رؤية الاجسام بشكل واضح أو مركز بسبب عيوب في شكل

القرنية أو العدسة وتستخدم النظارات ذات العدسة الاسطوانية لتصحيح رؤية الأشياء أو عن طريق الجراحة والعدسات اللاصقة

(الروسان، 2000)

4- الحول (strabisms)

وهو عبارة عن اختلال وضع العينين أو إحداهما بسبب صعوبة قيام عضلات العين بالتحكم في كريات العين.

وقد يأخذ الحول أحدالشكلين التاليين: إما أن يكون توجيه العينين نحو الداخل أو أن يكون توجيه العينين نحو الخارج.

ويؤدي الحول إلى ضعف الرؤية وقد يكون عرضاً من أعراض حالات أكثر خطورة كأمراض الشبكية.

5- المياة البيضاء: (cataract)

يقصد بها عتامة عدسة العين وتنتج بسبب تصلب الألياف البروتينية المكونة للعدسة وتؤدي إلى صعوبة رؤية الأشياء تدريجياً، ويتم علاج المياه البيضاء عن طريق إزالة هذه المياه بواسطة العمليات الجراحية، وبعد ذلك يتم زرع أو تركيب عدسات المناسبة (Tabara, Defnan, 1986)

6- المياة السوداء أو الجلايكوما: (Glaucoma)

وهي حالة تنتج بسبب زيادة الضغط على كرة العين، مما يؤثر على كمية الدم التي تصل إلى الشبكية ويؤدي إلى تلف الخلايا العصبية والذي ينتج عنه ضعف البصر وتعالج الجلايكوما جراحياً عند الأطفال أما لدى الكبار فتعالج غالباً بالعقاقير والأدوية.

7- انفصال الشبكية (Retinal Detachnocutt)

وتؤدي إصابات الرأس وقصر النظر ومرض السكري إلى حالة انفصال الشبكية ومن أهم أعراضها ضعف الرؤية والآلام الشديدة والضوء الومضي الخاطف.

8- البهق (Albinism)

في هذه الحالة الضوء الذي يصل إلى الشبكية لا يتم إمتصاصه وينتج البهق عن خلل

خلقي يكون فيه جلد الشخص يميل إلى الشقرة وعيناه زرقاوين وشعره أبيض. ولا تمنع القزحية الضوء الزائد من الدخول إلى العين مما تودي إلى الحساسية المفرطة للضوء وتستخدم العدسات الطبية وأحياناً العدسات اللاصقة للمعالجة.

أسباب الإعاقة البصرية :

تعددت الأسباب التي تؤدي إلى الاصابة بالإعاقة البصرية، فهناك أسباب ما قبل الولادة أو أثناءها كالعوامل الوراثية (العوامل الجينية) والعوامل البيئية (كتناول العقاقير والأدوية والحوادث والاصابة ببعض الأمراض والالتهابات وغيرها) التي تؤدي إلى ولادة الطفل كفيفاً كلياً أو جزئياً، وهناك أسباب ما بعد مرحلة الولادة تؤدي إلى الإصابة بالإعاقة البصرية كسوء التغذية والحوادث والأمراض.

قياس وتشخيص الإعاقة البصرية:

هناك بعض المؤشرات غير المطمئنة تصدر عن الطفل وهي تدل على وجود مشكلة بصرية عنده، والتي يجب أن ينتبه إليها الأهل والمعلمون في المدرسة وخصوصاً عند الأطفال الذين لديهم مشكلات بصرية أقل حدة. ومن هذه المؤشرات ما يلي:-

1- احمرار العينين.

2- فرك العينين بشكل مستمر.

3- كثرة إدماع العينين.

4- ظهور عيوب ظاهرة للعينين مثل الحول.

5- تكرار رمش العينين.

6- تحاشي الضوء أو الطلب بزيادة الضوء.

7- تقريب أو إبعاد الأشياء لرؤيتها.

8- الاصطدام بالأشياء بشكل متكرر.

9- الشعور بالتعب بسرعة أثناء القراءة.

10- الصداع المستمر.

11- كثرة الأخطاء في القراءة والكتابة.

12- مشكلات في التميز بين الألوان.

13- صعوبة تلقف الأشياء التي ترمى باتجاهه.

14- وضع غير طبيعي للرأس أثناء المشي.

.(Hallahan & Kau ffman, 1992)

أما بالنسبة لاستخدام الأدوات والمقايسس في تشخيص الإعاقة البصرية فيعتبر استخدام طريقة لوحة سنلن (Snellenchart) من الطرق التقليدية التي تستخدم في قياس وتشخيص الإعاقة البصرية وهذه اللوحة تتكون من ثمانية صفوف من الحروف ويطلب من المفحوص أن يحدد اتجاه فتحة الحروف المشار إليها من قبل الفاحص هل اتجاه الفتحة إلى أعلى أم أسفل أو يساراً أم يميناً ويقف الفرد عادة على مسافة 6 أمتار وإذا استطاع الفرد أن يجتاز بنجاح اتجاه صف الحرف الثامن من مسافة 6 أمتار فاننا نستطيع القول أن نتيجة الفرد في الابصار هي 6/6.

أما اذا استطاع الفرد اجتياز اتجاه الحروف. حتى الصف السابع من مسافة 6 أمتار بنجاح فإننا نستطيع القول أن قدرته على الابصار هي 6/12.

ولقد وجهت انتقادات عديدة لهذه الطريقة، ومنها صعوبة تقدير مدى الإعاقة البصرية وصعوبة استخدامها مع الأطفال غير المتعلمين، بسبب صعوبة فهم التعليمات لذلك فقد ظهرت هناك بعض المقاييس التي تستخدم لقياس الإعاقة البصرية ومنها:-

(الروسان، 2000).

1- مقياس فروستج للإدراك البصري

forsting Developmental Test of Visual Perception (DTVP)

يعتبر هذا المقياس من المقاييس الرئيسية لذوي صعوبات التعلم وذوي الاعاقات البصرية الجزئية، ويصلح للأفراد من (3-8) سنوات. ويمكن استخدامه بطريقة فردية / جماعية ويقيس هذا الاختبار جوانب محددة متصلة بالادراك البصري ويتألف من (57) فقرة موزعة على الاختبارات الفرعية التالية:-

1- اختبار تآزر العين مع الحركة (EyeHand coortion subtest) ويقيس هذا الاختبار قدرة الطالب على رسم خط مستقيم أو منحنى أو رسم زوايا ذات اتساعات مختلفة دون توجيه من الفاحص ويتكون من (16) فقرة.

2- اختبار الشكل والارضية: (Figure - Ground subtest)

يقيس هذا الاختبار قدرة الطالب على إدراك الأشكال على أرضيات متزايدة في التعقيد، ويتألف من (8) فقرات.

3- اختبار ثبات الشكل (constancy of shap subtest)

يقيس هذا الاختبار قدرة الطالب في التعرف على أشكال هندسية معينة. تظهر بأحجام مختلفة وبفروق دقيقة، وفق سياق أو نسب معينة وفي مواقع مختلفة، ويستخدم للتمييز بين الأشكال الهندسية المتشابهة (دوائر مربعات، مستطيلات أشكال بيضاوية، متوازيات اضلاع) ويتألف من (19) فقرة.

4- أختبار الوضع في الفراغ (Position IN space subtest):

يقيس هذا الاختبار قدرة الطالب على تمييز الأنعكاسات والتعاقب في الأشكال التي تظهر بتسلسل وتستخدم رسوم تخطيطية تمثل موضوعات عامة ويتألف من (٨) فقرات

5- اختبار العلاقات المكانية:(special Relations Subtest):

يقيس قدرة الطالب على تحليل النماذج والأشكال البسيطة التي تشتمل على خطوط مختلفة الاطوال والزوايا. إذ يطلب من المفحوص نسخها أو تقليدها باستخدام التنقيط ويتألف من (8) فقرات (عبد الهادي وآخرون، 2000)

كما يمكن استخدام المقاييس التالية والتي تقيس القدرة على الإدراك البصري وهي:

1- مقياس بندر البصري الإدراكي الكلي Tge Bender Visual Motor Ges . talt test by Bender Lauretta, 1938-1963.

2 مقياس بيري - بكتنيك للتآزر البصري الحركي The Beery - Buktenica De- velop-mental Test of Visual Motor Integration (VMI) by Beery, Keith & Bukteni-ca Norman, 1967.

3- مـقـيـاس الإدراك البـصـري الحـركي Moto - Free Visual Perception Test (MVPT) by colarusson Rondd. & Hammil. Donald, D. 1972.

* خصائص المعاقين بصرياً.

تؤثر الإعاقة البصرية على مظاهر النمو المختلفة للفرد المعاق، وتعتمد طبيعة هذه التأثيرات على عوامل عديدة منها: شدة الإعاقة البصرية، ونوع الاعاقات المصاحبة للاعاقة البصرية، والعمر عن حدوث الإعاقة، وكذلك مقدار الفرص المتاحة للتدريب والتعلم. وبشكل عام يتميز المعاقين بصرياً بالخصائص التالية:

أولاً: الخصائص العقلية :

تشير الدراسات أنه لا توجد فروق كبيرة بين ذكاء المعوقين بصرياً والأفراد العاديين على الجانب اللفظي من مقياس وكسلر لذكاء الاطفال (Wicc - R) (Hallahan & Kauffman, 1991)

وكذلك الحال على مقياس ستانفورد - بينيه للذكاء، ودعم ذلك الدراسة التي قام بها ساموبل هيز Hayes, 1941 وأشارت نتائجها أن المعدل العام لذكاء هؤلاء الاطفال المعوقين بصرياً هو ضمن المعدّل الطبيعي للفرد العادي.

ثانياً: الخصائص اللغوية:

لا تؤثر الإعاقة البصرية تأثيراً مباشراً على اكتساب اللغة لدى المعاق بصرياً ولكن يواجه المعوقون بصرياً مشكلات في اكتساب اللغة غير اللفظية، فهم لا يستطيعون رؤية تعابير الوجه والإماءات والحركات الصادرة عن الآخرين، ولذلك فهم يواجهون مشكلات في التواصل معهم، وبالرغم من أنه لا توجد فروق بين المعاقين بصريا والعاديين في طريقة اكتساب اللغة المنطوقة، إلا أنه يوجد اختلاف في طريقة كتابة اللغة، حيث يستخدم المعوقين بصريا طريقة برايل في الكتابة ويواجه المعوقون بصريا مشكلات في تكوين المفاهيم ومهارات التصنيف للموضوعات المجردة، خاصة مفاهيم الحيز والمكان والمسافة والألوان.

ثالثاً: الخصائص الحركية:

يواجه المعوقون بصرياً مشكلات في القدرة على الحركة بأمان من مكان إلى آخر؛ بسبب عدم معرفتهم بالبيئة التي يتنقلون فيها وهذا ما يُعرف بمهارة التعرُّف والتنقل ويظهر المعوقون بصرياً مظاهر جسمية نمطية مثل تحريك اليدين، أو الدوران حول المكان الموجود فيه الفرد المعاق أو شد الشعر أو غيرها من السلوكات النمطية. ومع أن الأطفال المعوقون بصرياً لا يختلفون عن العاديين فيما يتعلق بتطور النمو الحركي لديهم إلا أن المشكلات في الإبصار تحد من قدرتهم على الوصول إلى الأشياء لأنهم لا يعرفون بوجودها.

رابعاً: الخصائص الأكاديمية:

يعتمد تأثير الإعاقة البصرية على التحصيل الأكاديمي للفرد المعاق على شدة الإعاقة والعمر عند الإصابة حيث أن الاطفال الذين لديهم إعاقة بصرية جزئية يحتاجون إلى مواد تعليمية ذات حروف مكبرة وواضحة. وإلى بعض المعينات البصرية.

أما الأطفال المكفوفون فهم يحتاجون إلى استخدام طريقة برايل للحصول على المعرفة، وتواجه هذه الفئة مشكلات جمة وخصوصاً في التعبير الكتابي خلال الإختبارات المدرسية.

خامساً: الخصائص الإجتماعية والإنفعالية:-

تلعب اتجاهات الأشخاص القريبين من الطفل المعاق بصرياً دوراً كبيراً في بناء ثقته بنفسه أو تكيفه مع إعاقته. فالاتجاهات الاجتماعية الايجابية نحو المعاق بصرياً والتي يرافقها تقديم الخدمات والبرامج التدريبية لنشاطات الحياة اليومية، وخصوصاً فيما يتعلق بمهارة التعرف والتنقل في البيئة والعناية الذاتية. تعمل على تعزيز ثقة المعاق بصرياً بنفسه، وتقليل درجة اعتماده على الآخرين، أما إذا كانت الاتجاهات الاجتماعية نحو الأطفال المعاقون بصرياً تمتاز بالرفض وعدم القبول وعدم تقديم الخدمات لهم، فان ذلك سيؤدي إلى شعور المعاق بصرياً بتدني في اعتبار الذات وإحساسه بالفشل والإحباط وذلك بسبب إعاقته.

الحاجات التربوية للمعاقين بصرياً:

لا بد أن تتضمن البرامج التربوية للمعاقين بصرياً تعليمهم وتدريبهم على عدد من المهارات الأساسية ومن أهمها:

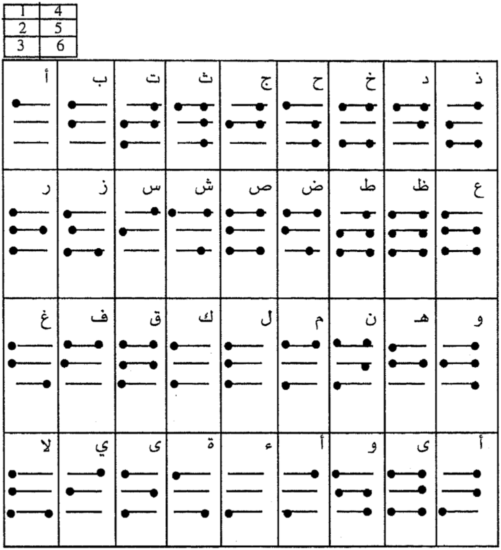
1- **التدريب على التعرف والتنقل:**

تعتبر مشكلة الانتقال من مكان إلى آخر من أهم المشكلات التكيفية التي تواجه المعاق بصرياً. وخاصة المكفوفين، ولذلك فإن أي برنامج تربوي مقدم للمكفوفين يجب أن يركز على اتقان المعاق بصرياً لمهارة التعرف والتنقل، حيث إن الكفيف يعتمد على حاسة اللمس في معرفة اتجاهه. واذا لم يطور الكفيف مهاراته في الانتقال فإنه سيعتمد بصورة كبيرة على الاخرين وسيحد ذلك من حركته وأستكشافه لبيئته.

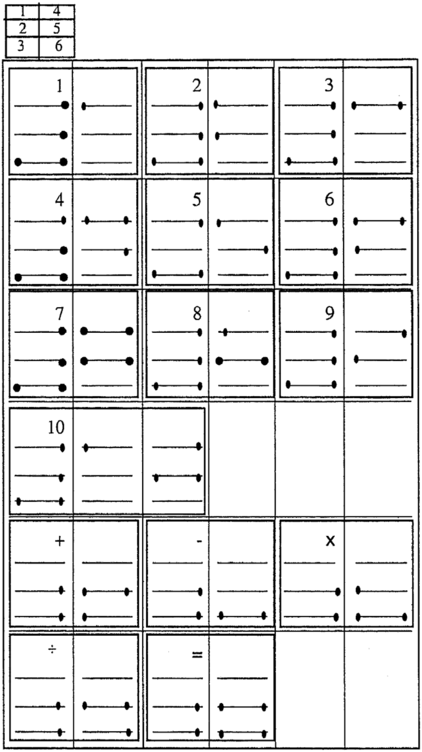
كذلك يجب أن يركز البرنامج التربوي المقدم للمكفوفين على تطوير المفاهيم الصحيحة عن البيئة، والمهارات الحركية، ومهارات استخدام وسائط المواصلات، والأجهزة والأدوات المختلفة التي يستخدمها الأفراد المعاقون بصرياً مثل الكلاب المدربة أو العصا، وكذلك تعريف الكفيف بالبيئة الفيزيائية التي يعيش فيها. من خلال رسم هذه البيئة، سواء كانت المدرسة أو البيت أو غيرها من خلال الرسم النافذ (المجسم) لهذه البيئة. حتى يتعرف عليها من خلال حاسة اللمس.

2- **التدريب على مهارة القراءة والكتابة بطريقة برايل:**

وتتلخص طريقة برايل بكتابة الحروف الأبجدية بشكل بارز على صورة نقط، حيث تتكون خلية برايل من ست نقاط يتم طباعتها على ورق خاص وسميك. وسميت بطريقة برايل نسبة إلى العالم الفرنسي برايل الذي ابتكر هذا النظام، ويقوم المعوق بصرياً بقراءة حروف برايل عن طريق اللمس، وبالرغم من استخدام المعوقين لهذه الطريقة في تعلم القراءة والكتابة الا أن سرعتهم في القراءة والكتابة أقل بكثير من سرعة الأفراد العاديين في القراءة والكتابة، حيث يحتاج الكفيف إلى تلمس ما يقرأه حرفاً بحرف ومن ثم تجميع هذه الحروف وتهجئتها في كلمة واحدة. وتميل كل من الشكل رقم (4) الحروف الهجائية بطريقة برايل والشكل رقم (5) يمثل الأعداد والعلاقات الحسابية بطريقة برايل .



الشكل رقم(4)
الحروف الهجائية بطريقة برايل



الشكل رقم(5)
الأعداد والعلامات الحسابية بطريقة برايل

3- **تقوية وتدريب الحواس الأخرى:**

لتعويض الحرمان البصري الذي يعاني منه المعاقون بصرياً، لا بد من تدريبهم على تقوية حاستي السمع واللمس إلى جانب الحواس الأخرى في التفاعل والتواصل مع البيئة المحيطة.

وهذا التدريب يكون موجهاً ومنظماً حيث يتم تدريب الكفيف سمعياً على مهارتي تمييز الاصوات والأخطاء، وكذلك تنمية مهارة التمييز اللمسي عند المعاق بصرياً.

4- **التدريب على القيام بمهارات الحياة اليومية:**

يجب التركيز في تدريب وتعليم الاطفال من ذوي الإعاقة البصرية على إتقان مهارات الحياة اليومية كالأكل، حيث يتم تدريبه على معرفة أنواع الطعام المختلف عن طريق شم الأطعمة أو لمسها بمساعدة شخص أخر وكذلك تدريبه كيفية العناية بالذات (مهارات الاستحمام) وتنظيف الاسنان والعناية بالشعر والأظافر واستخدام المرحاض، وإرتداء الملابس بدون مساعدة الأخرين، واستخدام النقود، وكيفية التعامل بها، ويتم تدريب المعاق بصرياً على هذه المهارات باستخدام استراتيجية التلقين والإخفاء في تعديل السلوك، حيث يتم تدريبه في البداية بمساعدة الأخرين بشكل مادي أو لفظي باسلوب تحليل المهمة وبعد إتقان الشخص لتلك المهارة يتم التقليل من المساعدة، حتى يعتمد الفرد على نفسه دون مساعدة الأخرين.

الأدوات الخاصة بالمعاقين بصرياً:

يستخدم المعاقون بصرياً العديد من الأجهزة والأدوات ومنها:

آلة برايل: وتقوم طريقة برايل على تحويل الحروف الهجائية إلى نظام حسي ملموس من النقاط البارزة، وتتكون الخلية من ست نقاط حيث تعطي كل نقطة من النقاط رقماً معيناً يبدأ من 1 وينتهي بـ 6 وقد يستخدم المكفوفون آلة المسطرة والمخرز للكتابة في بعض الاحيان وتكتب الكلمات من اليمين إلى اليسار وعند القراءة تقلب الصفحة وتقرأ من اليسار إلى اليمين.

الأبتكون: ويستخدم هذا الجهاز للقراءة ويتكون من كاميرا وشاشة صغيرة وجهاز بحجم مسجل صغير توجد فيه فتحة يتم من خلالها إدخال إصبع السبابة فيه، ويعمل هذا الجهاز

على تحويل المادة المكتوبة إلى ذبذبات لمسية يستطيع الشخص الكفيف الاحساس بها عن طريق الكاميرا، وفي الوقت نفسه يظهر الحرف المحسوس على شاشة صغيرة يستطيع المعلم من خلالها مراقبة ما يقرأه الكفيف.

- **آلة الكتابة (البيركنز)** وتسمى بآلة برايل للكتابة حيث تعمل هذه الآلة يدوياً تحتوي على ستة مفاتيح وهي تطبع الحروف والكلمات بلغة برايل وطريقة عمل هذه الآلة تقوم على ما يلي:

1- يضع الكفيف الورقة بين فكي مفصله لها فرع علوي عبارة عن مسطرة معدنية مقسمة إلى خانات في صفوف ومفرغة وكل خانة مقسمة إلى ست أقسام تمثل أرقاماً من 1-6 والتي من خلالها يعمل الكفيف على تكوين جميع الحروف وتحتوي المفصلة على فرع سفلي مقسم إلى خانات غير مفرغة في المسطرة مقابل الخانات الست في المسطرة العليا ويعمل الكفيف على إقفال المفصلة على الورقة الخاصة بالطباعة والتي تكون سميكة ومن نوع خاص بحيث تظهر الحروف عليها بشكل بارز حتى يستطيع الكفيف أن يتلمسها وبالتالي معرفة الحروف والكلمات.

2- تتحرك هذه المسطرة على لوحة خشبية عريضة ثم يضع الكفيف القلم في وضع رأسي مبتدئاً بالخانة الأولى في الصف الأول من اليمين ثم يقوم بالضغط على الورقة بالقلم من الرقم (1) إلى الرقم (6) ويستمر حتى تنتهي الصفوف على المسطرة ثم يبدأ بتحريك المسطرة إلى الأسفل ويقوم بتثبيتها وهكذا حتى ينتهي من الكتابة على الورقة كلها. أما إذا أراد الكفيف التأكد من صحة ما كتبه فيقوم بتمرير أصابعه على النقاط البارزة على الورقة المطبوعة من اليسار إلى اليمين حيث يقوم بقراءة تلك الكلمات.

المعداد الحسابي: ويستخدم هذا المعداد من أجل إجراء العمليات الحسابية للمكفوفين ويتكون من ثلاثة عشر عمود بشكل متوازي ويقسم إلى جزئين علوي ويحتوي على كرة مثقوبة واحدة في كل عمود وسفلي ويحتوي على أربع كرات مثقوبة في كل عمود وتم مؤخراً إصدار وسيلة الكترونية حديثة بإجراء العمليات الحسابية عن طريق إصدار الأصوات.

مواد التكبير: وتستخدم خصوصاً من قبل الافراد ضعيفي البصر حيث يحتاجون إلى

تكبير الأحرف حتى يتمكن نسبة من المعاقين بصرياً من قراءة الكلمات المطبوعة، بما تبقى من القدرة البصرية لديهم، وهذه المعينات يحددها الطبيب لكل حالة وتشمل مواد التكبير أنواع تستخدم باليد (المكبر اليدوي)، ونوع آخر يوضع على قاعدة محمولة ويستخدم مع الاشخاص الذين لا يستطيعون التحكم في حمل المكبر اليدوي، وقد يستخدم البعض الميكروسكوب لرؤية الأشياء وقراءتها عن طريق تقريب المادة المقروءة.

الحاسوب: وهو نظام لغوي يقوم على استخدام المعاقين بصرياً للحاسوب كوسيلة للحصول على المعرفة عن طريق استخدام اللغة الصناعية، ويهدف مشروع اللغة الصناعية إلى تطوير نظام صوتي بديل عن نظام الصوت الإنساني الطبيعي حتى يساعد الافراد من ذوي المشكلات اللغوية على تنمية مهارة الاتصال مع الآخرين كالمكفوفين والصم وغيرهم.

ويعمل الحاسوب على تحويل المواد المطبوعة إلى مواد منطوقة بطريقة لفظية ومسموعة ومن خلالها يستطيع المكفوفون الحصول على المعرفة بهذه الطريقة.

الفصل الخامس

5 الإعاقة السمعية

* مقدمة .
* تعريف الإعاقة السمعية.
* نسبة إنتشار المعاقين سمعياً.
* تصنيفات الإعاقة السمعية.
* أسباب الإعاقة السمعية.
* المؤشرات السمعية التي تدل على وجود مشكلة في السمع.
* قياس وتشخيص الإعاقة السمعيّة
* خصائص المعاقين سمعياً.
* طرق الإتصال والتواصل مع المعاقين سمعياً.

الإعاقة السمعية

مقدمة

تعتبر وظيفة السمع من الوظائف الرئيسية للكائن الحي، ويعتبر الجهاز السمعي من الأجهزة الحيوية في جسم الإنسان فمن خلال الجهاز السمعي يحصل الإنسان على المعلومات ويكتسب اللغة ويتفاعل مع البيئة المحيطة، ويتكون الجهاز السمعي من:

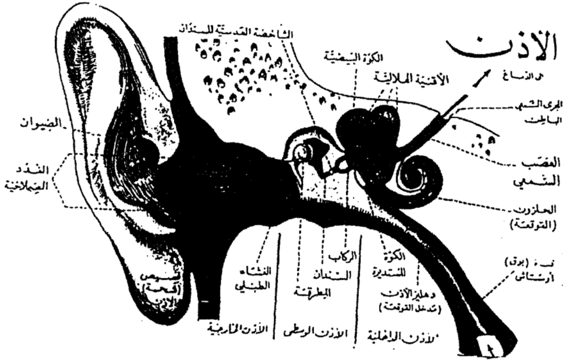
1- الأذن الخارجية (The Quter Ear) وتتكون من القناة السمعية الخارجية وصيوان الأذن.

2- الأذن الوسطى (The Middlr Ear) وتتكون من العظيمات الثلاث وهي المطرقة والسندان والركاب.

3- الأذن الداخلية (The Inner Ear) وتتكون من جزئين رئيسين الأول القنوات شبه الهلالية أو الدهليز ويعمل على حفظ توازن الفرد أما الجزء الثاني فهو القوقعة التي تعمل على تحويل الذبذبات الصوتية القادمة من الأذن الوسطى إلى موجات كهربائية تنقل عبر العصب السمعي إلى الدماغ.

أما عن كيفية حدوث السمع فهي عملية دقيقة ومعقدة فعندما تهتز الأجسام يصدر عنها أمواج صوتية تنتشر إلى الخارج بكل الاتجاهات، حيث يعمل صيوان الأذن على جمعها وإرسالها إلى داخل الأذن عن طريق القناة السمعية الخارجية، وعندما ترتطم هذه الأمواج الصوتية بغشاء الطبلة فهي تتحرك للأمام وإلى الخلف وعندما تتحرك الطبلة تتحرك المطرقة التي تتصل بالطبلة وعندما تتحرك المطرقة تعمل على اهتزاز السندان والركاب وعندما يتحرك الركاب ينتج عنه تيار في السائل الذي يملأ القوقعة مما يؤدي إلى حركة الشعيرات السمعية الموجودة في عضو كورتي، وذلك يؤدي إلى تنشيط النهايات العصبية التي تقوم بإرسال إشارات عصبية عبر العصب السمعي إلى الدماغ حيث تتم معالجة المعلومات السمعية وترجمتها.

ويظهر الشكل رقم (6) الأجزاء الرئيسية التي تتكون منها الأذن



الشكل (6) الأجزاء الرئيسية للأذن

تعريف الإعاقة السمعية.

تختلف المصطلحات التي تستخدم للدلالة على الأشخاص الذين يعانون من إعاقة سمعية، وأكثر المصطلحات شيوعاً هي الإعاقة السمعية وتشير إلى مستويات متفاوتة من الضعف السمعي وتتراوح في شدتها بين ضعف سمعي بسيط إلى ضعف سمعي شديد جدا.

ويقصد بها وجود مشاكل أو خلل وظيفي يحول دون قيام الجهاز السمعي بوظائفه عند الفرد أو تتأثر قدرة الفرد على سماع الأصوات المختلفة بشكل سلبي.

ويشمل مصطلح الإعاقة السمعية كلاً من ضعيف السمع (Limited Hearing) والأصم (Deafness) أما ضعيف السمع فهو الفرد الذي يعاني من فقدان سمعي من درجة -69) (35 ديسبل. تجعله يواجه صعوبة في فهم الكلام بالإعتماد على حاسة السمع سواء باستخدام المعينات السمعية أو بدونها.

أما الأصم فهو ذلك الفرد الذي يعاني من عجز سمعي يصل إلى درجة تساوي 76

ديسبل، فأكثر من الفقدان السمعي تحول دون اعتماده على حاسة السمع في فهم الكلام سواء باستخدام السماعات أو بدونها. ولذلك فالأصم يحتاج إلى خدمات تربوية متخصصة كتعلم طرق الاتصال اليدوية ولغة الشفاه بينما الفرد ضعيف السمع يمكن تعويض فقدانه من السمع باستخدام المعينات السمعية.

*** نسبة إنتشار الإعاقة السمعية:-**

تعتمد نسبة إنتشار الإعاقة السمعية على المحكات المستخدمة في التعريف ووسائل قياس القدرة السمعية وكذلك المجتمع الذي تجري فيه الدراسة وتشير الدراسات أن 5% من الأطفال في سن المدرسة لديهم ضعف سمعي وكذلك تقدر الاحصائيات أن حوالي 0, 075 % من الاطفال في سن المدرسة يعانون من الصم.

*** تصنيفات الإعاقة السمعية:-**

من أكثر التصنيفات اعتماداً للإعاقة السمعية هي تلك التصنيفات التي تعتمد العمر الزمني عند حدوث الإصابة، وكذلك مقدار الخسارة السمعية ومكان الإصابة وفيما يلي شرح هذه التصنيفات.

أولاً: تصنيف الإعاقة السمعية تبعاً للعمر الزمني الذي حدثت فيه الاعاقة

وهنا يمكن التمييز بين نوعين من الإعاقة السمعية:-

أ- الصمم الولادي أو الصمم قبل تعلم اللغة Poslingual Deafness وهذه الفئة من الأفراد المعاقين سمعياً فقدت قدرتها على السمع قبل اكتساب اللغة المنطوقة أو قبل سن الثالثة.

ب- الصمم بعد تعلم اللغة Poslingual deafness وهذه الفئة من الافراد المعاقين سمعياً فقدت قدرتها السمعية بشكل كلي أو جزئي بعد اكتساب اللغة المنطوقة.

ثانياً: تصنيف الإعاقة السمعية تبعاً لمقدار الخسارة السمعية، ويعتمد هذا التصنيف على درجة فقدان السمع أو الخسارة السمعية مقاسة بالدسيبل وتقسم إلى:

أ- **الإعاقة السمعية البسيطة** mild Hearing Impaired وتبلغ الخسارة السمعية عند هذه الفئة من الأفراد المعاقين سمعياً ما بين 20-39 ديسبل ويواجه الطفل في هذه الفئة

صعوبات في السمع، ولكنه يستطيع التعلم في المدرسة العادية مع بعض الصعوبات التي يمكن التغلب عليها بإستخدام معينات سمعية.

ب- **الإعاقة السمعية المتوسطة** (Moderately Hearing Impaired) وتبلغ الخسارة السمعية عند هذه الفئة ما بين (46-69) ديسبل ويواجه الأفراد في هذه الفئة صعوبات كبيرة في المدرسة العادية بسبب قلة المحصول اللغوي لديهم بسبب الصعوبة في فهم الكلام.

ج- **الإعاقة السمعية الشديدة** (Severely Hearing Impaired) وتبلغ الخسارة السمعية عند هذه الفئة ما بين (70-89) ديسبل ويواجه الأفراد في هذه الفئة صعوبات كبيرة في النطق والكلام ويواجه الأفراد في هذه الفئة صعوبة في الإستفادة بشكل كبير من المعينات السمعية وهم بحاجة إلى أساليب تعليمية خاصة من قبل معلمين متخصصين.

ثالثاً: التصنيف على أساس مكان الاصابة:-

ويعتمد هذا التصنيف على تحديد الجزء المصاب من الجهاز السمعي المسؤول عن الإعاقة السمعية وتقسم الإعاقة السمعية تبعاً لذلك إلى أربع مجموعات هي:

1 - **فقدان السمع التوصيلي** (Conductive Hearing Loss) وتحدث هذه الإصابة نتيجة لخلل في الأذن الخارجية أو الأذن الوسطى، مما يؤدي إلى عدم وصول الموجات الصوتية إلى الأذن الداخلية ويجد المصاب بهذه الحالة صعوبة في سماع الأصوات المنخفضة ولا يتجاوز الفقدان السمعي في هذه الحالة 60 ديسبل.

2- **فقدان السمع الحسي عصبي** (Sensorineural Hearing Loss) وتحدث الإعاقة السمعية في هذه الحالة بسبب خلل في الأذن الداخلية أو العصب السمعي، ونتيجة لذلك تحدث مشكلة في تحويل الموجات الكهربائية داخل القوقعة، أو قد تحدث مشكلة في العصب السمعي ولذلك لا يتم نقل الموجات الكهربائية إلى الدماغ.

ويؤثر فقدان السمع الحسي العصبي على سماع الاصوات، بالاضافة إلى عدم فهم هذه الأصوات وتزيد درجة الفقدان السمعي عادة عن 76 ديسبل كذلك فإن استفادة المصاب من المعينات السمعية أو أجهزة تكبيرالصوت تكون قليلة.

3- **فقدان السمع المختلط:** وتحدث هذه الإعاقة نتيجة لإصابة الأذن الخارجية أو الأذن الداخلية أو الأذن الوسطى والعصب السمعي، ونتيجة لذلك يحدث خلل في الجهاز السمعي بأكمله

4- **فقدان السمع المركزي:** وتحدث هذه الإعاقة نتيجة لخلل يحول دون توصيل السيالات العصبية من جذع الدماغ إلى القشرة السمعية الموجودة في الفص الصدغي في الدماغ، وذلك نتيجة تلف دماغي أو أورام أو عوامل ولادية مكتسبة.

*** أسباب الإعاقة السمعية:**

هناك العديد من العوامل التي تسبب الإعاقة السمعية سواءاً أكانت قبل الولادة أو أثناءها أو بعد الولادة ويمكن تقسيم أسباب الإعاقة السمعية إلى :

أ- **أسباب مرتبطة بالوراثة:** حيث تشير الدراسات أن ما يقارب من 50% من حالات الصمم تسببها عوامل وراثية (جينية).

ب- **أسباب مرتبطة بعوامل بيئية** والتي تحدث بعد عملية الإخصاب أي أثناء الحمل أو الولادة وما بعد الولادة، مثل سوء التغذية للأم الحامل وكذلك التعرض للأشعة السينية خصوصاً في الشهور المبكرة من الحمل وتناول الأم للعقاقير والأدوية بدون استشارة الطبيب، وهناك العوامل المرتبطة بتعرض الام للأمراض والالتهابات أثناء الحمل مثل الحصبة الألمانية. وهناك عوامل تسبب الإعاقة أثناء الولادة مثل نقص الأوكسجين. أما تعرض الطفل بعد الولادة لالتهاب السحايا أو الالتهاب الحاد للأذن الوسطى أو التسمم أو التعرض للضجيج المتكرر أو الحوادث والصدمات فتعتبر من أسباب ما بعد الولادة. (الروسان، 2000)

*** المؤشرات السمعية التي تدل على وجود مشكلة في السمع:**

يمكن للأشخاص القريبين من الطفل كالأسرة والمعلمين ملاحظة بعض المؤشرات التي تصدر عن الطفل وتدل على وجود مشكلة سمعية لديه وهذه المؤشرات هي :-

1- صعوبة فهم التعليمات.

2- ألم في الأذنين بشكل متكرر.

3- صوته مرتفع كثيراً أو منخفض كثيراً.

4- يخرج سائل من أذنيه.

5- يتنفس من الفم.

6- تلتهب اللوزتين بشكل متكرر.

7- التوتر والإرتباك عند التحدث مع الاخرين.

8- يدير رأسه إلى أحد الجانبين ليسمع الشخص الذي يتحدث معه.

9- صعوبة التركيز والإنتباه.

10- يميل إلى الإنسحاب الإجتماعي.

11- أداؤه على الفقرات اللفظية في الاختبارات أقل بكثير من أدائه على الفقرات غير اللفظية.

12- عدم الاتجاه بسرعة إلى مصدر الصوت وإنما يميل إلى الاستكشاف عندما ينادى من قبل الاخرين.

13- يطلب من الآخرين إعادة ما يقولونه بشكل متكرر.

(الخطيب، الحديدي، 1997)

قياس وتشخيص القدرة السمعية:

يمكن تقسيم أساليب القدرة السمعية بطريقتين:

1- **الطريقة التقليدية:** وذلك عن طريق مناداة الطفل أو القيام بحركة تعطي صوت، فإذا استجاب الطفل لذلك فهو طبيعي وأما إذا لم يستجب فهو غير طبيعي. فإذا التفت أو أجاب يكون سمعه جيداً وإلا كان لديه إعاقة سمعية. وهذه الطريقة لقياس وتشخيص القدرة السمعية غير دقيقة فإذا تم المناداة على الطفل وهو يسمع ولكنه لا يُريد الإستجابة فيحكم عليه أنه معاق سمعياً وهو غير ذلك وقد نحدث صوتاً خلف الطفل ولكنه لا يُريد ان يستجيب فنحكم عليه أنه معاق سمعياً وهذا غير دقيق.

2- **الطريقة العلمية:** تتم هذه الطريقة بواسطة أخصائي في قياس وتشخيص القدرة السمعية ومنها ما يلي:

أ- **طريقة القياس السمعي الدقيق (Pure - Tone Audiometry)**: حيث يوضح الاخصائي درجة السمع بوحدات تسمى هيرتز، وتمثل عدد الذبذبات الصوتية في كل وحدة زمنية، وبوحدات تدل على شدة الصوت وتسمى ديسيبل.

ب- **طريقة استقبال الكلام وفهمه (Speech Audiometry)**: في هذه الطريقة يعرض على المفحوص أصواتاً متفاوتة في الشدة ويطلب منه تحديد هذه الاصوات.

ج- **الطريقة العلمية الحديثة**: وتتم عن طريق استخدام الاختبارات المقننة ومنها اختبار لندامور للتمييز السمعي ومقياس جولدمان فرستو دودك للتمييز السمعي (ومن أهم المقاييس التي تستخدم لتشخيص الإعاقة السمعية ما يلي:-

1- مقياس ويب مان للتمييز البصري السمعي (Wepman Auditory Discrimination Test)

في عام 1958 صمم ويب مان اختباراً للتمييز السمعي وتمت مراجعته سنة 1978 وقد صمم هذا الاختبار للتمييز بين الاصوات المتجانسة، ويقدم للفئات العمرية من سن 5-8 سنوات، ويعتبر هذا المقياس من المقاييس الفردية المقننة يتألف من (40) زوج من المفردات التي لا معنى، لها منها 30 زوجاً تختلف في واحدةمن الاصوات المتجانسة في حين لا تختلف العشرة الباقية في واحدة من الاصوات المتجانسة، بل وضعت للتمويه أمام المفحوص وتختلف الأزواج المتجانسة من المفردات. إما في أولها وعددها (13) أو في وسطها وعددها (4) أزواج أو في آخرها وعددها (13) زوجاً، وتتوفر من المقياس صورتين متكافئتين (الروسان، 1999، ص 334).

ولقد لخص كومبثوت (Compton, 1981) مظاهر ضعف المقياس وقوته فيما يلي:

1- يصعب على المفحوص الإجابة عن فقرات الإختبار لأنه يتضمن أزواجاً من المفردات غير المألوفة للطفل من حيث أصواتها أو حروفها.

2- يواجه بعض الأطفال صعوبة في فهم التعليمات وهذا يجعل من تطبيقه عبئاً على الفاحص.

3- النتيجة النهائية غير دقيقة لذا يجب الاستعانة بأدوات اخرى.

مظاهر قوته:

1- سهل التطبيق والتصحيح لذا فهوقليل الكلفة المادية.

2- يعتبر من المقاييس المعروفة لأنه يتمتع بدلالات صدق وثبات عالية.

وقد تم تقنين هذا الاختبار على البيئة الاردنية من قبل درديان سنة 1993.

2- اختبارات الشوكة الرنانة Tuning Fork Tests ويتكون من الاختبارات التالية:-

أ- إختبار ويبر Weber Test

يمكن تطبيق اختبار ويبر باستخدام جهاز القياس السمعي ذي التوصيل اللفظي، أو باستخدام الشوكة الرنانة، وعند وجود ضعف سمعي في أذن واحدة فهذا الإختبار يساعد في التمييز بين الضعف التوصيلي والضعف الحس عصبي. فعند اقتراب الشوكة الرنانة إلى الخط الأوسط في الجمجمة فإن توجيه الصوت يكون بعيداً عن الأذن الضعيفة وذلك يعني أن الضعف من النوع الحس عصبي.

ب- إختبار بنج Bing Test

يقيس هذا الاختبار وجود أو عدم وجود ما يعرف بأثر الانسداد Occlusion Effect والذي يعني استقبال النغمات الصافية ذات الذبذبات المنخفضة عن طريق التوصيل العظمي بسبب انسداد قناة الأذن الخارجية. فإذا كان أثر الإنسداد غير موجود فذلك يعني وجود ضعف سمعي توصيلي. أما إذا كان أثر الإنسداد موجوداً أي عندما تكون النغمة ذات التردد المنخفض أعلى من حالة انسداد قناة الاذن الخارجية فذلك يعني عدم وجود ضعف سمعي توصيلي.

جـ- إختبار رينيه Rinne Test

يتضمن هذا الاختبار مقارنة شدة سمع الشخص عند سماع نغمات صافية بالتوصيل الهوائي. فاذا كان التوصيل الهوائي يؤدي إلى سمع أفضل فذلك يعني أن وظائف الأذن الخارجية والوسطى طبيعية. أما إذا كان السمع عن طريق التوصيل العظمي أفضل فذلك يعني وجود ضعف سمعي توصيلي.

(الخطيب، 1998)

3- إختبار بنتر - باترسون Pintner - Paterson Scale

صمم هذا الإختبار سنة 1917 لاختبار من يعانون من صعوبات في السمع أو من لا

يتحدثون اللغة الانجليزية، ويتكون من خمسة عشر إختباراً ادائياً بعضها من إختبارات هيلي وفيرنالد وبعضها مقتبس من إختبارات أخرى بالإضافة لما صممه بنتر وباترسون. وأصبحت أغلب إختبارات هذه البطارية أساساً للإختبارات الحديثة.

*** خصائص المعاقين سمعياً:-**

يؤثر فقدان السمع بشكل واضح على النمو اللغوي للفرد وكلما زادت درجة الإعاقة السمعية للفرد زادت المشكلات اللغوية له التي يعاني منها الفرد.

وتؤثر الإعاقة السمعية على الخصائص النمائية للفرد ويختلف تأثير فقدان السمع على الفرد على عدة عوامل منها: درجة الإعاقة السمعية ونوعها، وكذلك عمر الفرد عند حدوث الإعاقة والقدرات السمعية المتبقية، ومقدار التدريب الذي يخضع له الفرد ويمكن تلخيص أهم تأثيرات الإعاقة السمعية على الجوانب الرئيسية التالية:-

اولاً: الخصائص اللغوية:

تؤثر الإعاقة السمعية بشكل واضح على النمو اللغوي للفرد وكلما زادت درجة الإعاقة السمعية للفرد زادت المشكلات اللغوية التي يتعرض لها، ولذلك فإن المعاق سمعياً يعاني من تأخير واضح في النمو اللغوي، وخاصة أن الطفل الذي يعاني من الإعاقة السمعية لا يحصل على تغذية راجعة مناسبة عند صدور الأصوات، وخصوصاً في مرحلة المناغاة ولا يحصل على إثارة سمعية كافية أو على التعزيز من قبل الأخرين وفي حالة وجود بعض المهارات اللغوية عندهم فإن دخيرتهم اللغوية محدودة ويعانون من صعوبات في النطق وعدم اتساق في نبرات الصوت، أما الكلام فيكون بطيئاً.

ثانياً: الخصائص العقلية :

أشارت عدة دراسات إلى أن ذكاء الأفراد المعاقين سمعياً لا يختلف عن مستوى ذكاء الأفراد العاديين بالرغم من تأثير الإعاقة السمعية على النمو اللغوي للفرد المعاق، إلا أن لغة الإشارة التي يستخدمها الأفراد المعاقين هي لغة حقيقية كما يعتقد البعض. ويواجه المعاقين سمعياً مشكلات في التعبير عن بعض المفاهيم وخصوصاً المفاهيم المجردة ويشير البعض إلى أن الفروق بين الأفراد العاديين والأفراد المعاقين سمعياً في الأداء على

اختبارات الذكاء يرجع إلى النقص الواضح في تقديم تعليمات الاختبارات كذلك تشبع كثيرٌ من اختبارات الذكاء بالعامل اللفظي، ولذلك فإن هذه الاختبارات لا تقيس القدرات العقلية الحقيقية للمعاقين سمعياً.

ثالثاً: الخصائص الأكاديمية

يعاني الافراد المعاقين سمعياً من انخفاض في تحصيلهم الأكاديمي مقارنةً بالأفراد العاديين، وخاصةً أن التحصيل الأكاديمي مرتبط بالنمو اللغوي، ولذلك تتأثر مهارات القراءة والكتابة والحساب عند المعاق سمعياً، وحيث أن الاتجاه الأكثر قبولاً هو أن المعاقين سمعياً لا يعانون من انخفاض ملحوظ في قدراتهم العقلية فإنه يمكن القول أن انخفاض التحصيل الاكاديمي للمعاقين سمعياً يعود لأسباب عديدة منها عدم ملاءمة المناهج الدراسية لهذه الفئة، أو أن أساليب التدريس غير مناسبة لهم، أو أسباب متعلقة بانخفاض دافعية المعاق للدراسة أو غيرها من المبررات.

رابعاً: الخصائص الإجتماعية والإنفعالية :

ويعاني المعاقون سمعياً من مشكلات في التكيف الاجتماعي، بسبب النقص الواضح في قدرتهم اللغوية، وصعوبة التعبير لفظياً عن أنفسهم وكذلك صعوبة تفاعلهم مع الآخرين في البيت والعمل والمجتمع المحيط بشكل عام. ولذلك فإن الأشخاص المعاقين سمعياً يميلون للتفاعل مع أشخاص يعانون من الإعاقة السمعية نفسها.

أما فيما يتعلق بالنمو الانفعالي عند الأفراد المعاقين سمعياً فقد أشارت دراسات عديدة أن نسبة كبيرة من المعاقين سمعياً يعانون من سوء التكيف النفسي فهم يعانون من تدني الذات وعدم الاتزان العاطفي وأكثر عرضة للاكتئاب والقلق والعدوانية وعدم الثقة بالآخرين. (Moovesi, 1982)

*** طرق الاتصال والتواصل مع المعاقين سمعياً :**

إن تزويد المعاقين سمعياً بطرق الاتصال سواء أكانت شفوية أو يدوية أو غيرها ضرورية من أجل تعليم المعاقين سمعياً، وتسهيل دمجهم في المجتمع وفيما يلي شرح لمهارات الاتصال.

أولاً: التواصل اللفظي، ويتم من خلال :

أ- التدريب السمعي:

يستند هذا الأسلوب في التواصل إلى أن معظم حالات الإعاقة السمعية لديهم قدرات متبقية من القدرة السمعية وهذه القدرات يجب تنميتها وتطويرها، حتى يستطيع الشخص المعاق سمعياً التواصل مع الأشخاص العاديين، وخاصة إذا تم استخدام أدوات تضخم الصوت أو المعينات السمعية المناسبة التي توفر للطفل صوتاً أكثر نقاءً ومستوىً ثابتاً من شدة الصوت.

ب- قراءة الشفاه:

المقصود بقراءة الشفاه أو الكلام: هو تنمية مهارة المعاق سمعياً على قراءة الشفاه وفهم الرموز البصرية لحركة الفم والشفاه أثناء كلام الأشخاص العاديين، وهناك أساليب مختلفة لتعليم قراءة الكلام ومن هذه الأساليب :

أ- **الطريقة التحليلية:** وتقوم هذه الطريقة على تعليم المعاق سمعياً على التركيز على حركات الشفاه للمتكلم والعمل على تجزئة الكلمة إلى مقاطع لفظية ثم يقوم المعاق سمعياً بتنظيم هذه المقاطع معاً لتشكل المعنى المقصود.

ب- **الطريقة التركيبية:** وفيها يتم تعليم المعاق سمعياً على التركيز على معنى الكلام أكثر من تركيزه على حركة الشفاه. لكل مقطع من مقاطع الكلام للشخص المتكلم.

ومهما كانت الطريقة التي استخدمت لتنمية مهارة قراءة الشفاه أو الكلام فإن نجاح هذه الطريقة يعتمد على فهم المعاق سمعياً لبعض المثيرات البصرية الموجودة في بيئته مثل تعبير الوجه وحركات الأيدي ومقدار سرعة المتكلم ومدى ألفة المتكلم للمعاق وكذلك القدرة العقلية للمعاق سمعياً. (الروسان، 2000)

ثانياً: الطريقة اليدوية:

وتعتمد هذه الطريقة على استخدام اليدين في التعبير بدلاً من استخدام الطريقة اللفظية وهي ما تعرف بلغة الإشارة وتعتبر أكثر إنتشاراً عند الصم وهي عبارة عن نظام حسي بصري يدوي يقدم على أساس الربط بين الاشارة والمعنى وتقسم إلى ثلاثة أقسام هي:-

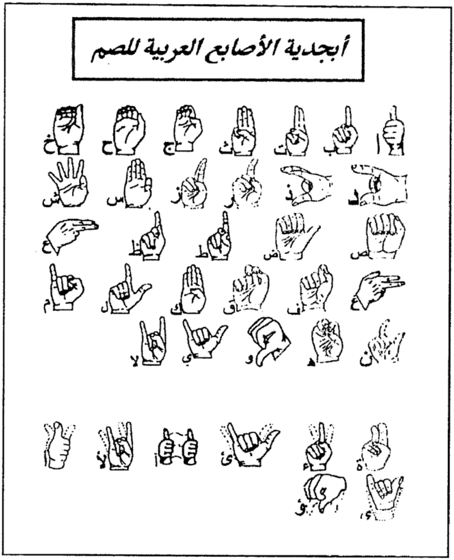
أ- **الإشارات الوصفية:** وهذه الإشارات التي يتعارف عليها مجتمع معين وتصف مفهوماً أو فكرة معينة، وتكون عادة مرافقة للكلام كرفع اليد للتعبير عن الطول أو تنزيل اليد للدلالة على القصر وهذه الإشارات يستخدمها الشخص العادي الذي لا يعرف القاموس الاشاري في تعامله مع المعاق سمعياً.

ب- **الإشارات غير الوصفية:** وهي الإشارات التي تدل على فعل أو مفهوم أو صفة أو ضمير. وتعتبر هذه الإشارات لغة خاصة للصم كرفع الإصبع للأعلى للدلالة على الصدق وللأسفل للدلالة على الخطأ وهذا النظام تم تطويره في معظم الدول ليصبح لغة خاصة بكل دولة أو قاموس إشاري خاص بها. وتستخدم عادة هذه اللغة في نشرات الاخبار والبرامج التلفزيونية المختلفة.

ج- **الإشارات الأبجدية (أبجدية الأصابع):**

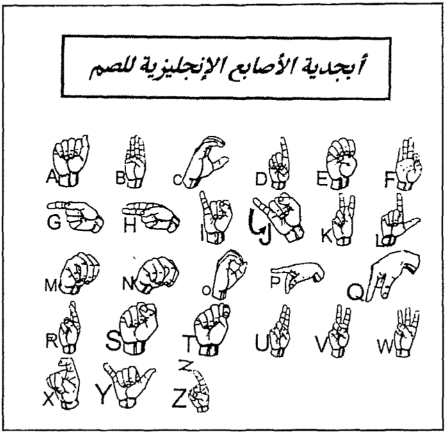
وهي عبارة عن استخدام أصابع اليدين في تهجئة الحروف المختلفة، ويكون لكل حرف شكلاً معيناً ويحدث التفاهم بين مستخدمي أبجدية الأصابع عن طريق حركات الأصابع وتهجئة الكلمات بشكل يدوي بدلاً من نطقها بشكل لفظي، وتوجد إشارات أبجدية للحروف العربية تم الاتفاق عليها في المؤتمر الخامس للهيئات العربية العاملة في رعاية الصم والذي عقد في العاصمة الاردنية عمان عام 1986م، والأبجدية الإشارية مناسبة لتعليم الصم وذلك لإمكانية تشكيل جميع الحروف الأبجدية.

ويمثل الشكل رقم (7) أبجدية الأصابع العربية للصم والشكل رقم (8) يمثل أبجدية الأصابع الانجليزية للصم.



الشكل رقم (7)

أبجدية لغة الأصابع العربية للصم



الشكل رقم (8)

أبجدية لغة الأصابع الإنجليزية للصم

ثالثاً: التواصل الكلي:

ويتم استخدام أكثر من طريقة في التواصل اللفظي واليدوي مع الأفراد الذين يعانون من إعاقة سمعية، وتساعد هذه الطريقة الطفل الأصم في التغلب على المشكلات التي قد تنجم عن استخدام أي من طرق الاتصال بشكل منفرد ويمكن تلخيص أهم المشكلات التي برزت من جراء استخدام كل طريقة من طرق الإتصال على حدة كما يلي:

1- صعوبة تمكن الناس العاديين في المجتمع من فهم لغة الإشارة الخاصة بالصم. مما يؤثر سلباً على تفاعل الأصم مع المجتمع المحيط بسبب صعوبة التواصل بينهما.

2- صعوبة تمكن الطفل الأصم من فهم الناس العاديين الذين يصدرون اللغة العادية باستخدام طريقة التدريب السمعي وخصوصاً عندما تكون القدرة السمعية المتبقية عند الأصم قليلة جداً.

3- إذا كانت لغة الإنسان العادي (المتكلم) سريعة أو يتحدث بموضوع غير مألوف للشخص الأصم أو جديد عليه فإن ذلك يؤدي إلى صعوبة فهم الشخص الأصم الذي يتقن لغة الشفاه للشخص العادي (المتكلم).

وتعتبر طريقة التواصل الكلي من أكثر طرق الإتصال شيوعاً مع الصم سواء في برامج الإعاقة السمعية في مدارس التعليم العام أو المعاهد المتخصصة للإعاقة السمعية.

الفصل السادس

6 صعوبات التعلم

* مقدمة
* مفهوم صعوبات التعلم.
* نسبة انتشار صعوبات التعلم.
* تصنيفات صعوبات التعلم

  أ- الصعوبات النمائية.

  ب- الصعوبات الأكاديمية
* علاقة صعوبات التعلم النمائية مع صعوبات التعلم الأكاديمية
* أسباب صعوبات التعلم
* كيف أعرف أن طفلي لديه صعوبة في التعلم
* المظاهر السلوكية لذوي صعوبات التعلم
* تشخيص وقياس صعوبات التعلم.

صعوبات التعلم

مقدمة:

منذ وجد الإنسان على هذه البسيطة بدأ النظر والتمحص في مواضيع كثيرة، حيث بدأ يلاحظ في البداية ما هو موجود حوله، ويعطي التفسيرات البدائية والتي تتناسب مع معارفه وقدراته العقلية، وأول ما بدأ بتفسير الوجود والحياة والموت. كل ذلك كان يسير بطريقة غير منظمة أو غير علمية، ثم جاءت الحضارة الاغريقية وترعرعت في أثينا وظهر الكثير من زعمائها وفلاسفتها مثل أفلاطون وأرسطو وسقراط وغيرهم. والعلم بحد ذاته هو نشاط منظم يقوم به الإنسان وفق نظام محدد ومنظم من أجل السيطرة على الظواهر التي تحيط به لذا فإن العلم يهدف إلى ما يلي:

1- **الفهم**: أهم مايميز العلم كنشاط إنساني هو القدرة على كشف العلاقات الموجودة بين الظواهر المختلفة، أي معرفة العلاقة بين الظاهرة الموجودة حالياً (موضوع الدراسة) وما يرتبط بها ،ويحيط بها من ظواهر أخرى. فنحن لا نستطيع أن نفهم أي ظاهرة دون الرجوع إلى الأسباب التي أدت اليها، أي معرفة الاحداث التي سبقتها والظروف التي أحاطت بها، لذا ففهمنا لأي ظاهرة من الظواهر يعني فهم الظاهرة نفسها والظروف أو المتغيرات المسؤولة عن وقوع هذه الظاهرة.

2- **التنبؤ**: لا يمكن التنبؤ دون المرور بعملية الفهم، لذا لا يمكن أن يتنأ الإنسان بحدوث ظاهرة قبل أن يفهم أولاً الأسباب التي تؤدي إلى وجود هذه الظاهرة، لذا فان التنبؤ هو تصور حدوث أو انطباق القانون ومثال ذلك قانون الحركة الذي ينص على أن كل جسم متحرك يستمر في حركته ما لم يعترضه عائق. هذا يفيدنا بأن الاجسام الملساء تستمر في الحركة أكثر من الاجسام الخشنة. واعتماد الحركة واستمرارها على النعومة والخشونة في الاجسام أي على العوائق التي تعيق حركة هذه الاجسام.

3- **الضبط والتحكم**: مما سبق يستنتج أن القدرة على الضبط والتحكم يعتمد اساساً على الفهم والتنبؤ فنحن نتحكم في موضوع تمدد الأجسام الصلبة مثلاً عن طريق عمل فراغات بين قضبان سكك الحديد أو تمديد أسلاك الكهرباء في الصيف بشكل مرتخي بسبب تمددها في فصل الشتاء أو في البرودة القارصة.

- مفهوم صعوبات التعلم:

يُعتبر التعلم شكلاً من اشكال السلوك، وعلى هذا الأساس يمكن تعريف التعلم على أنه تغير في سلوك الكائن الحي، يتم بصورة عامة في اطار ظروف وشروط معينة حيث تقوم الخبرة أو الممارسة أو التدريب بدور عوامل الأداء أولاً ولا يمكن بأي شكل من الأشكال تفسير التعلم بمعزل عن العوامل الوراثية والعوامل البيئية والتي من بينها عوامل النضج والتغيرات البيوكيميائية والفيزيائية والنفسية لدى الكائن الحي. وقد عرَّف جيتس Geats التعلم على أنه اكتشاف الطرق التي تجعلنا نستطيع إشباع دوافعنا ونصل إلى تحقيق أهدافنا وهذا يكون دائما شكل حل المشكلات.

وتشمل خدمات التربية الخاصة عدة فئات من الأفراد غير العاديين Exceptional Individuals كالموهوبين والمعوقين عقلياً أو سمعياً أو بصرياً أو لغوياً أو انفعالياً أو ذوى صعوبات التعلم Learning Disabilities وإعاقة صعوبات التعلم عبارة عن اضطراب يؤثر في قدرة الشخص على تفسير ما يراه أو يسمعه أو في ربط المعلومات القادمة من اجراء مختلفة من المخ، أو في طول الموجات الضوئية في اللونين الأبيض والأسود مما يؤدي إلى عدم وضوح الرؤيا الصحيحة، وعدم القدرة على تمييز الابعاد. ويمكن ملاحظة هذه الصعوبة بصورة متعددة منها صعوبة فهم اللغة المكتوبة وصعوبة في التناسق الحركي وهذه الصعوبة تمتد إلى الحياة المدرسية مما يؤدي إلى عدم القدرة على القراءة Dyslexia أو الكتابة أو الحساب.

بدأ الاهتمام بموضوع صعوبات التعلم في نهاية القرن العشرين حيث دخل هذا الموضوع ميدان التربية الخاصة، وقد اهتمت الدول المتقدمة بهذه الفئة من الأطفال عندما وجهت الاهتمام إلى مدارس المرحلة الابتدائية، حيث عملت على تأهيل هذه المرحلة وفق أحدث الأساليب، وقد بذلت هذه الدول قصارى جهدها من أجل توفير البيئة التعليمية المناسبة لطلبة المرحلة الإبتدائية على اعتبار أن هذه المرحلة تعتبر الركيزة الأساسية لمراحل التعليم اللاحقة الاعدادية والثانوية والجامعية.

وانطلاقاً من أهمية هذه المرحلة (أي الابتدائية) فإنه يجب التركيز عليها والاهتمام بها بصورة أكبر، سيما وإن أي خلل قد يعتري هذه المرحلة سيتراكم وسيمتد تأثيره إلى مراحل التعليم اللاحقة، اذ يكتسب الطالب في المرحلة الابتدائية الكثير من العادات والقيم

والاتجاهات. أضف إلى ذلك نمو قدراته واستعداداته العقلية إلى جانب تنمية المهارات الأساسية مثل القراءة والكتابة والحساب وفي هذه المرحلة أيضاً يفهم العلاقات الاجتماعية الصحيحة وكيفية ممارستها. يعتبر صموئيل Samual Kirke, 1968 أحد علماء التربية الخاصة Special Education ومن أوائل المهتمين بموضوع صعوبات التعلم حيث وضع تعريف لصعوبات التعلم وأشار بأنها الحالة التي يُظهر التلميذ فيها مشكلة أو أكثر في قدرته على استخدام اللغة بشكل سليم، أو على فهم ما يقرؤه أو في القدرة على القراءة أو الكلام أو الكتابة أو التفكير أو العمليات الحسابية البسيطة مثل الجمع أو الطرح أو القسمة، ومن الممكن أن يكون السبب وراء ذلك صعوبة الإدراك عند هذا التلميذ نتيجة لإصابة بسيطة في الدماغ وقد يكون خللاً في وظيفة الدماغ، كما يشترط في هذه الصعوبة أن لا تعود إلى إعاقة في السمع أو البصر أو الحركة أو التخلف العقلي أو الاضطراب الانفعالي.

ويرجع كيرك Kirk, 1968 صعوبات التعلم إلى إعاقة خاصة أو قصور في واحدة أو أكثر من عمليات النطق، أو اللغة والإدراك والسلوك والقراءة، والكتابة، والعمليات الحسابية، وهي ناتجة عن احتمال وجود خلل بسيط في الدماغ أو اضطراب انفعالي أو سلوكي، ولكنها ليست ناتجة عن التخلف العقلي أو الحرمان الحسي (السمع والبصر) وقد تعزى إلى مسببات ثقافية أو طرائق التدريس.

أما التعريف الذي اعتمدته السلطات التعليمية في الولايات المتحدة الامريكية فينص على أن الصعوبات الخاصة في التعلم Spicific Learning disabilities هي اضطراب في واحدة أو أكثر من العمليات السيكولوجية الأساسية التي يتطلبها فهم اللغة المكتوبة أو المنطوقة واستخدامها. وتظهر هذه الاضطرابات في نقص القدرة على السمع أو التفكير أو الكلام أو القراءة أو الكتابة أو التهجئة أو العمليات الحسابية ويضم المصطلح حالات الإعاقة الادراكية الدماغية Brain Injury أو التلف الوظيفي الدماغي البسيط Minimal Brain Dysfantion أو صعوبة القراءة Dyslixia أو الحبسة الكلامية Aphasia والتي ترجع لظروف نمائية، ولا يضم هذا المصطلح الأطفال الذين يعانون من صعوبات تعلم ناتجة بصفة أساسية عن إعاقات في البصر أو السمع أو الحركة أو الناتجة عن التخلف

العقلي أو الاضطرابات الانفعالية، أو سوء الظروف البيئة (الثقافة أو الاقتصادية). وقد نص على هذا التعريف القانون العام الأمريكي (رقم 94)/124 الخاص بالاطفال غير العاديين.(عبد الرحيم، 1980) وقد حدد القانون العام السابق والذي صدر في 29 ديسمبر 1977 على أن الطفل الذي يعاني من صعوبة في التعلم هو ذلك الطفل الذي يتصف بما يلي:

1- الذي لا يصل في تحصيله إلى مستوى مشابه أو مساوٍ مع زملائه في نفس الصف وذلك في واحدة أو أكثر من الخبرات التعليمية المعدة لقدرات هذا الطفل في مثل سنه.

2- الطفل الذي يُظهر تبايناً شديداً بين المستوى التحصيلي الأكاديمي له وبين قدراته العقلية الكامنة في واحدة أو أكثر من المجالات التالية:

أ- التعبيرات اللفظية .

ب- فهم المادة المسموعة.

ج- التعبيرات الكتابية.

د- المهارات الأساسية للقراءة.

و- العمليات الحسابية.

3- لا يعاني هذا الطفل من:

أ- إعاقة بصرية أو سمعية .

ب- إعاقة عقلية .

ج- حرمان بيئي أو ثقافي أو اقتصادي. (السرطاوي، 1987).

كما وصف ليرنر Learner الأبعاد التالية لصعوبات التعلم وهي ما يلي:

1- **البعد الطبي**: يركز البعد الطبي في تعريفة لصعوبات التعلم على الأسباب الفسيولوجية حيث يهتم بالعوامل المسببة الخلل في الجهاز العصبي أو التلف في بعض خلايا الدماغ.

2- **البعد التربوي**: يركز البعد الأكاديمي في العادة على أسباب العجز الاكاديمي حيث يرى ان صعوبات التعلم تشير إلى عدم نمو القدرات العقلية بطريقة منتظمة مما يؤدي إلى صعوبة في القراءة أو الكتابة أو التهجئة أو المهارات العددية، شريطة أن لا تكون هذه الصعوبة ناتجة عن إعاقة عقلية أو حسية. لذا يشير البعد التربوي إلى تباين واضح بين القدرة العقلية للشخص والتحصيل الأكاديمي.

ويحدد هارنج وبتمان Harring & Battman, 1969 في تعريفهما لصعوبات التعلم مجموعة من الخصائص يمكن الاستدلال بها على وجود صعوبات التعلم لدى التلاميذ ومن هذه الخصائص ما يلي:

1- وجود خلل في وظيفة الجهاز العصبي المركزي وهذا المبدأ يشترك فيه جميع التعريفات الخاصة في صعوبات التعلم.

2- صعوبات التعلم لا يوجد بينها وبين التخلف العقلي أو الحرمان الثقافي أو الحسي أو التعليمي أو البيئي اي إرتباط.

3- يمكن أن تعود الصعوبة في التعلم إلى خلل بسيط في وظيفة الجهاز العصبي المركزي.

وعرفها كل من هلمان وكوفمان Hellman & Kauffmam, 1976 بأنها تلك الصعوبة التي لا يتمكن الطفل من الوصول إلى كامل امكانياته في أي مستوى من مستويات الذكاء، حيث تظهر لديه مشكلات تعليمية قد تعود أسبابها لعوامل الإدراك أو لمشكلات انفعالية وقد لا يكون لديه مشكلات انفعالية أو مشكلات في عمليات الإدراك.

ومن خلال استعراضنا للتعريفات السابقة يمكن تبني التعريف الثاني لذوي صعوبات التعلم لشموليته والذي ينص على أن ذوي صعوبات التعلم هم الذين يُظهرون اضطرابات في واحدة أو أكثر من العمليات النفسية الأساسية مثل: استعمال اللغة المكتوبة أو المنطوقة أو التهجية أو فهم واستيعاب المفاهيم العلمية كالرياضيات، أو إضطرابات في التفكير، أو قصور في الإدراك، أو التذكر أو ضبط الانتباه أو الحركة الزائدة ويتمتعون بذكاء متوسط أو اكثر، ولا يعانون من إعاقات عقلية أو سمعية أو بصرية أو حركية أو انفعالية أو من حرمان بيئي أو ثقافي.

وبالرغم من اختلاف التعريفات الخاصة بصعوبات التعلم Leaening Disabilities إلا أن هذه التعريفات تجمع على عناصر مشتركة فيما بينها وهي ما يلي:

1- أن تكون مشكلة التعليم موضوع البحث ذات طبيعة خاصة وليست ناتجة عن حالة إعاقة عامة كالتخلف العقلي أو الإعاقة الحسية أو الاضطرابات الانفعالية أو المشكلات البيئية.

2 - أن يظهر الطفل شكلاً من أشكال التباين أو الانحراف بين قدراته العقلية وتحصيله الأكاديمي.

3 - أن تكون صعوبة التعلم التي يعاني منها الطفل ذات طبيعة سلوكية كالتفكير أو الكتابة أو التهجئة أو الحساب وما قد يرتبط بهم من مهارات.

4 - التركيز في عملية التمييز والتعرف على حالات الصعوبات الخاصة بالتعلم يجب ان يكون من وجهة النظر السيكولوجية والتعليمية (السيد، 1980).

وقد حدد هلهان وكوفمان Hallhan & Kauffman, 1976 خمسة مظاهر رئيسة متضمنة أو مشتركة في معظم تعريفات صعوبات التعلم وهي:

1 - ظهور مشكلة أكاديمية لدى الطفل في القراءة أو الكتابة أو التهجئة أو الحساب... الخ.

2 - النمو غير المتوازن لقدرات الطفل ويبدو ذلك في التباين بين قدراته العقلية والأكاديمية. فقد يكون لديه درجات مرتفعة في التاريخ أو الجغرافيا مثلاً ولكن درجاته في اللغة العربية أو غيرها متدنية جداً وقد يكون أيضاً لديه تذبذب في نفس المادة أيضاً فقد يحصل على درجة (90) في اللغة من مائة والعلامة الأخرى (20) أو (30) وهكذا. كما أن قدراته لا تنمو بشكل طبيعي أو بشكل منظم فبعض هذه القدرات تنمو نمواً طبيعياً، أما القدرات الأخرى قد تنمو نمواً بطيئاً، أو تتأخر في النمو وقد أطلق جلجر Gellgher, 1966 على هذه الظاهرة عدم التوازن النمائي ووصفها كل من كيرك وكيرك Kirk & Kirk, 1971 بأنها الفروق داخل الفرد

3 - قد يكون هناك خلل بسيط في الجهاز العصبي المركزي عند ذوي صعوبات التعلم.

4 - لا تعود صعوبات التعلم إلى إعاقة عقلية أو اضطرابات انفعالية أو إعاقات حسية أو حرمان ثقافي أو بيئي.

(Hallhan & Kauffman 1978)

وفي عام 1981 عقدت ست منظمات عامة في مجال المعوقين في الولايات المتحدة الامريكية اجتماعاً وشكلت ما يعرف باسم اللجنة الوطنية المشتركة لصعوبات التعلم وذلك لإقرار تعريف جديد لصعوبات التعلم وهذه المنظمات هي:

أ - الجمعية الامريكية للكلام واللغة والسمع.

(American Speech Language and Hearing Association)

ب - جمعية الأطفال والراشدين لذوي صعوبات التعلم.

The Association for Children and Adults with Learning Disabilities

ج - مجلس صعوبات التعلم.

Council For Learning Disabilities

د - قسم الأطفال ذوي اضطرابات التواصل.

The Divisiont. for Children with Comminication Disorders

هـ - جمعية القراءة الدولية:

The International Reading Association

و - جمعية اورثن لعسر القراءة.

The ovtin Dyslexia Society.

ولقد جاء في التعريف الجديد المقترح ما يلي:

إن صعوبات التعلم ميدان شامل يرجع إلى مجموعة متباينة من الاضطرابات التي تتمثل في صعوبات واضحة في اكتساب أو استخدام القدرة على الاستماع، أو الكلام أو القراءة أو الكتابة أو العمليات الحسابية، وتعتبر هذه الاضطرابات أساسية في الفرد ويفترض أن تكون ناتجة عن خلل وظيفي في الجهاز العصبي المركزي. واذا حدث أو ظهرت صعوبات

التعلم ملازمة مع حالات إعاقة أخرى (مثل قصور في الحواس أو التخلف العقلي أو الاضطراب الانفعالي أو الاجتماعي) أو متلازمة مع مؤثرات بيئية (مثل اختلاف الثقافات أو أن تكون طرائق التدريس غير مناسبة أو إلى عوامل نفسية) فإن صعوبات التعلم لا تكون ناتجة مباشرة عن تأثير هذه الإعاقات.

(Hammill & etal, 1981)

بعد الاطلاع على التعريفات السابقة والمقارنة بينها يمكن أن نستنتج أن المدرسة تتحمل العبء الأكبر في علاج صعوبات التعلم بوصفها الجهة المسؤولة مسؤولية مباشرة عن التعلم، ويجب على المدرسة التركيز على التلاميذ الذين يعانون من صعوبات التعلم ولا يستطيعون الإفادة من خبرات التعليم والأنشطة المتاحة في الفصل المدرسي وخارجه، مما يجعلهم لا يحققون أهداف المدرسة التعليمية، ولا يستطيعون الوصول إلى المستوى الذي يمكن لهم أن يصلوا إليه، ومثل هؤلاء الطلبة هم الذين يجب أن يكونوا في بؤرة الاهتمام المدرسي من حيث توفير الأنشطة العلاجية التعليمية المناسبة وهذا لا يتم إلا في ضوء الكشف المبكر عنهم وتهيئة ظروف التعلم أو العلاج الفردي بهدف مساعدة كل تلميذ على تخطي صعوبات تعلمه .

وقد تركز الاهتمام بصورة خاصة على الطلبة ذوي صعوبات التعلم في المرحلة الإبتدائية، والدليل على ذلك كثرة الدراسات التي تناولت هذا الموضوع واكدت على أهمية وفاعلية معالجة هذه الفئة من الطلبة، وركزت تلك الدراسات على ضرورة الاهتمام بالطلبة ذوي صعوبات التعلم في مراحل عمرية مبكرة، اذ ينعكس الاهتمام المبكر بهذه الفئة من الطلبة إيجابياً في تطوير قدراتهم وتحسين تعلم هؤلاء الطلبة وتقديم البرامج العلاجية الفاعلةلهم.

وتختلف الدراسات في تقديرها لنسبة الطلبة ذوي صعوبات التعلم في المرحلة الابتدائية ويعود هذا الاختلاف إلى تباين في التعريفات وتعددها إضافة إلى تداخل الموضوعات التي ساهمت في إبراز هذه الظاهرة.

نسبة انتشار صعوبات التعلم:

في الدراسة التي قام بها مايكل بست وآخرون (Mykelbust & etal) أشاروا إلى وجود

ما نسبته 6 - 8% من طلبة الصفين الثالث الإبتدائي والرابع الإبتدائي الذين يعانون من صعوبات التعلم وتؤكد دراسة مايكل بست وآخرون أن نسبة الطلبة ذوي صعوبات التعلم أعلى من نسبة الطلبة المعاقين سمعياً أو بصرياً أو عقلياً أو ذوي الاضطرابات الانفعالية. وتشير اللجنة الوطنية الاستشارية للأطفال المعوقين (NACHC) التي شاع ذكرها في الولايات المتحدة الامريكية إلى أن نسبة الطلبة ذوي صعوبات التعلم في المرحلة الابتدائية تتراوح ما بين 1% و 3% (Learner, 1976,)

وتشير البحوث والدراسات النفسية إلى أن الاهتمام المبكر بالطلبة ذوي صعوبات التعلم يساعد في تقليل الصعوبات والمشكلات التي قد تنتج عن صعوبات التعلم في مراحل التعليم اللاحقة الاعدادية والثانوية. ففي دراسة قام بها شيفمان (Schiffman, 1982) حول الطلبة الذين يعانون من صعوبات التعلم في القراءة وجد في دراسته أن الكشف المبكر والتعرف على هؤلاء الطلبة بصورة مبكرة وتقديم البرامج العلاجية الفاعلة لهم في الصف الأول الابتدائي أدى إلى تحسنهم بصورة ملموسة وبنسبة تصل إلى حوالي 84% بينما تنخفض نسبة التحسن إلى 46% إذا ما تم الكشف والعلاج في الصف الثالث الابتدائي. كما أن نسبة التحسن لا تتجاوز ال 18% في حال الكشف عن الطلبة ذوي صعوبات التعلم في الصف الخامس الابتدائي وتقديم البرامج التربوية العلاجية في تلك المرحلة. واذا تم التشخيص والكشف والعلاج في الصف السادس الابتدائي فان نسبة التحسن قد تصل إلى 8% فقط.

تصنيفات صعوبات التعلم

يمكن تصنيف صعوبات التعلم إلى نوعين رئيسيين وهما صعوبات التعلم النمائية وصعوبات التعلم الأكاديمي وفيما يلي شرح لهما:

أولاً: صعوبات التعلم النمائية

يقصد بصعوبات التعلم النمائية بأنها الصعوبات الخاصة بالانتباه والذاكرة والادراك والتفكير وصعوبات اللغة الشفوية وفيما يلي شرح لهذه الصعوبات:

أ- الإنتباه Attintion : إن معرفة الإنسان بالعالم الخارجي والبيئة المحيطة به في العادة هي معرفة غير مباشرة، وذلك لأن نوعية المعلومات أو المثيرات الموجودة تعتمد على

ترميزنا لها، وكثير من هذه المثيرات الموجودة في البيئة لا تستطيع الحواس ترميزها رغم وجودها في البيئة لعدم مقدرة هذه الحواس على استقبالها مثل: الموجات الضوئية أو الأشعة فوق البنفسجية وكثير من الموجات الصوتية، لذا فإن قلة الانتباه أو العجز عنه هو السبب الرئيسي الذي يعزى إليه عدم قدرة الطلبة الحصول على معدلات عالية أو حتى على معدلات مقبولة في بعض المدارس.

يعرف الانتباه Attintion على أنه عملية اختبار وتركيز للمنبهات التي يواجهها الإنسان في حياته، فهو لا ينتبه إلى كل المنبهات التي يواجهها في حياته لكثرتها، كالمنبهات البصرية والسمعية واللمسية والشمية والذوقية التي تصدر عن البيئة، أو من الإنسان نفسه، وانما يختار منها ما يناسبه، أو ما يهمه معرفته أو عمله أو التفكير فيه، فالمعلم الذي يقول لتلاميذه: انتبهوا إنما يطلب اليهم أن يستعدوا لإدراك ما يقول أو يفعل فالانتباه اذن هو اختبار وتهيؤ ذهني أو هو توجيه الشعور وتركيزه في شيء معين استعداداً لملاحظته أو أدائه أو التفكير فيه.

وحينما يقرأ الإنسان موضوعاً هاماً أو يفكر في مسألة، أو مشكلة فأنه لا يشعر بمن حوله من الناس أو الأشياء إلا شعوراً غامضاً. وفي هذه الحالة يقال إن موضوع انتباهه يحتل بؤرة شعوره. أما ما عداه فيكون على هامش شعوره أو حاشيته، فضوضاء الشارع ودرجة حرارة الجو ورواح الناس ومجيئهم تكون كلها في هامش الشعور

(الكوفحي وآخرون، 1987).

اضطراب عمليات الإنتباه وصعوبات التعلم:

إن العلاقة بين صعوبات التعلم أو اضطرابات الانتباه علاقة وثيقة حيث تحتل صعوبات الانتباه موقعاً مركزياً بين صعوبات التعلم، إلى درجة أن الكثيرين من المشتغلين بالتربية الخاصة عامة وصعوبات التعلم خاصة يرون أن صعوبات الانتباه تقف خلف الكثير من انماط صعوبات التعلم الأخرى مثل صعوبات القراءة وصعوبات الفهم القرائي والصعوبات المتعلقة بالذاكرة، والصعوبات المتعلقة بالرياضيات أوالحساب، وحتى صعوبات التآزر الحركي والصعوبات الإدراكية عموماً.

إن الانتباه للمثيرات ليس انتباهاً محايداً وانما هو انتباه انتقائي تحكمه العديد من العوامل مثل طبيعة موضوع الانتباه ومدى ارتباطه بحاجات الفرد واطاره المرجعي المعرفي أو الانفعالي، ومدى تأثيره الحالي أو المستقبلي على حياة الفرد، لذا يرتبط مستوى الجهد العقلي الذي يبذله الفرد تجاه موضوع الانتباه بهذه العوامل.

وبناء على ما تقدم فقد لعبت العلاقة الوثيقة بين اضطرابات الانتباه وصعوبات التعلم دوراً هاماً في تنشيط وتفعيل حركة البحث العلمي في هذا المجال، اعتماداً على الاعتقاد السائد بأن اضطرابات الانتباه تقف كأسباب رئيسة خلف صعوبات التعلم وقد تمايزت البحوث في اكتشاف هذه القضية في محورين يتناولان نمط الانتباه وهما مهام الانتباه الانتقائي Seletive Attintion Task ومهام الانتباه طويل الأمد Sustained Atintion Task.

ودلت نتائج الدراسات على مهام الانتباه الانتقائي أن الأطفال ذوي صعوبات التعلم أظهروا عجزاً أو قصوراً في الأداء على مهام الانتباه الانتقائي عند مقارنتهم بالعاديين مع أقرانهم، بينما لم يكن الحال كذلك بالنسبة للأطفال ذوي الاضطراب في النشاط الزائد مع قصور في الانتباه وممن ليسوا من ذوي صعوبات التعلم. (الزيات، 1998).

ب- الإدراك Perception

يحتل موضوع الإدراك أهمية كبيرة في مجال التعلم لذا فقد استقطب الكثير من علماء التربية الخاصة والمهتمين بصعوبات التعلم ومنهم ستراوس ولنتين (Strauss & Leh-tinen) حيث أظهرت بحوثهم التي قامت حول صعوبات التعلم أن الصعوبات الأدراكية Per-ceptual disorders كانت المميز الرئيسي لجميع الأطفال الذين خضعوا للدراسة. وهذا يثبت أن موضوع الإدراك يحتل مركزاً محورياً في صعوبات التعلم النمائية بصورة عامة واضطرابات العمليات المعرفية بصفة خاصة، ويرتبط الإدراك إرتباطاً وثيقاً بإضطرابات الانتباه حيث تعبر صعوبات التعلم الناشئة عن اضطراب عمليات الإدراك من خلال المظاهر التالية:

1 - الفشل المدرسي وهو انخفاض وضعف التحصيل الأكاديمي.

2 - الصعوبات المهارية والحركية أو صعوبات التآزر أو الإدراك الحركي.

3 - الفشل في تكامل النظم الادراكية الحركية.

وتؤثر صعوبات التعلم الإدراكية على ما يلي:

1 - الأداء العقلي المعرفي

2 - الأداء الحركي المهاري

3 - الأداءات العقلية المعرفية والحركية والمهارية المركبة.

من هنا يظهر أن للإدراك أثر واضح عند ذوي صعوبات التعلم وأن العجز الوظيفي الدماغي لدى الأطفال يؤدي إلى صعوبات ادراكية هائلة تؤثر بدورها على سلوك الطفل وقدرته على التعلم الأكاديمي، فالطفل الذي يعاني من مشكلات ادراكية يعاني من صعوبات في التميز السمعي والبصري واللمسي والحسي، وربط الأصوات والوعي بالإتجاهات، وكل هذه العوامل لها أثر واضح في صعوبات التعلم.

جـ- التفكير: Thinking

يعتبر التفكير من العمليات المعقدة لأنها تشتمل على الكثير من أنواع العمليات العقلية، والتي في كثير من الأحيان لم يتم فهمها بشكل تام، فنحن نستخدم كلمة تفكير للدلالة على عمليات معرفية متعددة وواسعة، مثال ذلك انت تفكر بطريقة جيدة، بماذا تفكر، سوف تفكر في مشكلة ما...الخ.

لا يقصد بالتفكير هنا الذكاء لأن الطفل من ذوي صعوبات التعلم لا يعاني من الإعاقة العقلية. وقد أكدت الكثير من الدراسات أن الأطفال ذوي صعوبات التعلم لديهم قصور في عمليات التفكير، وقد أكد هلهان وآخرون Hallana &etal, 1973 على أن الأطفال ذوي صعوبات التعلم يعانون من قصور في التخطيط لحل المشكلات، وكذلك أكد فلافل Fala-vel, 1976 وتورجسن Torgesen, 1979 على أنهم يعانون من قصور في مهارات ما بعد المعرفة أي قصور في الرقابة العقلية النشطة، وفي تنظيم النتائج وتناسق العمليات العقلية والمعرفية، وقصور في الطرائق والخطط التي تساعد في تعلم أفضل، كذلك فقد اكد كولنان وآخرون Cullinan & etal, 1980 وكاجن (Kagen,1966) أنه يغلب على الأطفال ذوي صعوبات التعلم التصرف بإندفاع كما يمكن ملاحظة السلوكات التالية:

1 - لا يستيطع تطبيق ما تعلمه

2 - يحتاج إلى وقت طويل لتنظيم أفكاره قبل أن يستجيب .

3- يعطي اهتماماً بسيطاً للتفاصيل أو لمعاني الكلمات.

4 - يتمكن من التفكير الحسي في حين أنه يعاني من ضعف في التفكير المجرد.

5 - لا يستطيع اتباع التعليمات أو تذكرها

6 - تنقصه القدرة على تنظيم أوقات العمل.

لذا فسلوك التلاميذ ذوي صعوبات التعلم يدل على أنهم لا يستطيعون استخدام عمليات التفكير الفعالة، ولديهم الاندفاعية، والاعتماد الزائد على المدرس وعدم القدرة على التركيز، وعدم المرونة في التفكير، وصعوبة الانتباه وعدم الاستمرارية، وضعف التنظيم. كما أن الطفل الذي يعاني من صعوبة في التعلم يعاني من صعوبة في استقبال مفهوم الكلام للآخرين، نتيجة الحبسة الاستقبالية أو الحبسة الحسية أو عدم القدرة على استقبال وفهم اللغة، لا شك في أنه ستظهر لديه أعراض أساسية مثل الفشل في ربط الكلمات المنطوقة مع الأشياء والأعمال والمشاعر والخبرات أو الأفكار، لذا فهو لا يفهم ما يسمع ولا يملك لغة لها معنى للتعبير عن الأشياء وبالتالي سيكون عنده صعوبة في تعلم المعاني المتعددة للكلمة أو أجزاء من الكلام المسموع، مما يشكل لديه صعوبة في التعلم.

د- الذاكرة:

الذاكرة هي القدرة على الربط والاحتفاظ واستدعاء الخبرة، من ذلك نستنتج أن الذاكرة هي قدرة الفرد على تصنيف المعلومات، وعلى التخزين والاحتفاظ بها والقدرة على استرجاعها، لذا لا يمكن تجاهل أثر الذاكرة كسبب رئيسي لصعوبات التعلم وهي مرتبطة ارتباطاً وثيقاً مع الإدراك والانتباه، والذاكرة نشاط عقلي معرفي يعكس القدرة على ترميز وتخزين أو معالجة المعلومات واسترجاعها، ويمكن تعريفها على أنها تخزين الأحاسيس والادراكات واسترجاع ما تم تجريته سابقاً. لذا يمكن القول بأن الذاكرة تنقسم إلى ثلاثة أقسام هي:

1 - وحدة استقبال المعلومات وتصنيفها فالإنسان يستقبل معلومات كثيرة أو مثيرات كثيرة، وعليه في البداية تصنيف هذه المثيرات حسب البيئة المعرفية الموجودة لديه.

2 - مرحلة تخزين المعلومات وهذه تعني أن الإنسان يحتفظ بالمعلومات التي ترد إليه فترة زمنية محددة، وحسب أهمية هذه المعلومات، من أجل استعمالها في الوقت المناسب.

3 - استرجاع المعلومات: فالإنسان قادر على استخدام هذه المعلومات لذا عليه استرجاعها عند الحاجة إليها.

إن من لديه صعوبة في التعلم عند الأطفال نجده لا يتمكن من الاحتفاظ بالمؤثرات التي ترد إليه، لذا لا يستطيع تذكر الأشياء، فالطفل مثلاً لديه ذاكرة طويلة المدى وذاكرة قصيرة المدى وذوي الصعوبة في التعلم نجد أن ذاكرته قصيرة المدى وطويلة المدى مضطربة، أي غير قادرة على امتلاك قدرات الذاكرة الطبيعية الموجودة عند الطلبة العاديين، لذا نجد أن أداء هذا الطالب ذوي الصعوبة في الامتحانات ليست جيدة وهذا ما يجب على مدرس صعوبات التعلم الانتباه إليه.

و- التذكر والنسيان Remember and Forget

يتعلم الطلبة المعلومات والمهارات والاتجاهات ويكتسبوا الخبرات لكي يحتفظوا بها ويستخدموها في مواقف الحياة المختلفة، أما إذا لم يتمكن هؤلاء وهم من يعانون من اضطراب في عمليتي التذكر والنسيان وهم في الغالب ذوو صعوبات التعلم من فعل ذلك، فان هذا يعني أنهم لا يتعلموا ولن يبق أثر لما تعلموه ولذا يفترض أن يراعى المعلمون في أثناء تدريسهم للطلاب أن يعمقوا هذه المعارف، لكي يحتفظ بها الطلاب ويتذكروها ويتمكنوا من استخدامها في الوقت المناسب.

يقصد بالتذكر أن يكون الفرد قادراً على استظهار تأثره بموقف ما مربه، أوخبرة أو معرفة ما. وقد يكون التذكر استدعاء لمعرفة ما Recalletion أو تعرفاً على شيء ما Recognition كما يمكن أن يكون بالتداعي Redintegration ونعني بالتعرف هنا هو قدرة الشخص على التمييز بين المثيرات التي تعلمها سابقاً وبين مثيرات أخرى لم يتعلمها. أما التداعي فيتم حين يستطيع المتعلم تذكر شيئ ما تعلمه سابقاً حين يرى أو يلاحظ شيئاً آخر له صلة به والاسترجاع يتم حيث نطلب من التلميذ أن يسمع لنا مادة حفظها سابقاً أو التحدث عن خبرة مرت به. يعد انجهاوس من أوائل من اهتم بدراسة التذكر والنسيان، وقد قام بتجارب عديدة لقياس مدى قوة الذاكرة من خلال تذكر كلمات ومقاطع عديمة المعنى

وقد دلت نتائج دراساته على أن النسيان يصل إلى حده الأعلى بعد انتهاء التعلم مباشرة ثم تقل سرعته تدريجياً.

ثانياً : صعوبات التعلم الأكاديمية:

عندما نلاحظ اضطراباً في سير عملية التعلم عند التلميذ، فإن هذا يعطي لنا مؤشراً بأن لديه صعوبةً في التعلم. إذ يتعرض ذوي صعوبات التعلم إلى تذبذب شديد في التحصيل سواء أكان في مادة واحدة أو في مواد مختلفة لذا فنحن نجد أن ذوي صعوبات التعلم يحصلون على علامات مرتفعة أحياناً، ومنخفضة أحياناً أخرى في الموضوع ذاته، أو بين المواضيع المتعددة. وهذا يؤكد الإختلاف بين ذوي صعوبات التعلم وبين المتخلفين دراسياً فالمتخلف دراسياً لا نجد لديه تذبذباً في التحصيل.

و من أشكال صعوبات التعلم الأكاديمية:

أ- **صعوبات القراءة:** وهي من أكثر الموضوعات انتشاراً بين التلاميذ ذوي صعوبات التعلم، حيث يمكن أن نجد الكثير من المظاهر الموجودة بين الطلبة ذوي الصعوبات التعلمية، ومن بين هذه المظاهر نجد الطالب يعاني من ضعف في فهم ما يقرؤه، وقد يكون السبب ناتجاً عن عدم قدرته على تحليل صوتيات الكلمات، كما قد نجد هذا الطفل يقوم بعكس الكلمات والمقاطع عند الكتابة أو القراءة ومن المميزات أيضاً أن معدل التحصيل الدراسي لديه أقل من الطلبة العاديين بعام أو أكثر مع أنه يتساوى معهم من حيث درجة الذكاء.

ب- **صعوبات الكتابة:** وهي الشكل الثاني من أشكال صعوبات التعلم الأكاديمية. فنحن نرى أن الطفل يبدأ منذ السنوات الأولى باستخدام الأقلام العادية كأقلام الرصاص وأقلام التلوين في البيت بما يسمى بالخربشة Scribbling، وهو في العادة لا يعلم أن الكبار يستخدمون الرموز للتعبير عن معاني محددة، حتى يتعلم ذلك في رياض الأطفال أو المدارس الابتدائية، لذا فالطفل لا يبدأ باستخدام هذه الرموز إلا بعد أن يكون قد نضج عقلياً بدرجة كافية ولديه الرغبة في الكتابة. وقد اثبتت التجارب التي قامت بها هيلدرث Hilderth أن أسباب الصعوبة في الكتابة تعود إلى ما يلي:

1-التدريس الضعيف والبيئة غير المناسبة.

2- العجز في الضبط الحركي.

3- عجز في الإدراك المكاني أو البصري.

4-العجز في الذاكرة (السرطاوي والسرطاوي 1988).

لذا فالكتابة تحتل المركز الأعلى في هرم تعلم المهارات والقدرات اللغوية، حيث تسبقها في الاكتساب مهارات الاستيعاب والتحدث والقراءة، وإذا ما واجه الطفل صعوبة في اكتساب المهارات الثلاثة الأولى فإنه في الغالب سيواجه صعوبة تعلم الكتابة أيضاً.

يواجه الأطفال الذين يعانون من صعوبات في التعلم عدة انواع من الصعوبات في تعلم الكتابة وهي:-

1- عدم اتقان شكل الحرف وحجمه.

2 - عدم التحكم في المسافة بين الحروف.

3 - الاخطاء في التهجئة.

4 - الأخطاء في المعنى والنحو.

جـ- الصعوبة في الرياضيات: تعتبر الصعوبة في الرياضيات من أشكال الصعوبات التعليمية الأكاديمية الشائعة بين ذوي صعوبات التعلم. وتهتم الرياضيات باستخدام الرموز، وقدرة الشخص على استخدام هذه الرموز، فالتلميذ لا يستطيع أن يميز بين هذه الأرقام أو الرموز وهو ما يسمى بعسر الرياضيات Dyscalulia أي عدم قدرة التلميذ على التعامل مع الأرقام وكذلك المعادلات الرياضية ومن مظاهرها عدم قدرة الطفل على التمييز بين الأرقام 2 ، 6 أو 7 ، 8 وفي عمليات الجمع أيضاً قد يجمع 3 + 4 + 5 = 543 كما أنه لا يستطيع التفريق بين اشارة الضرب (x) أو الجمع (+) .

ومن السهل على معلم الفصل تشخيص التلاميذ الذين يعانون من صعوبات في الحساب، إذ يمكن لمعلم الفصل أو معلم غرفة المصادر أو حتى لولي أمر الطالب أن يلاحظ ذلك إذا راقب ابنه أثناء حله للواجب أو ملاحظة دفاتره، أو زيارة قصيرة للمدرسة لمراقبة ابنه داخل غرفة الصف. وقد يتم استخدام الأسلوب العلمي في معرفة الصعوبة، وذلك بتتبع المهارات التي يتقنها الطالب حيث نبدأ من مهارة العد ثم الانتقال إلى التعرف على

الأرقام، ثم ذكر أسماء الأعداد وهكذا ولكن قد نجد تناقضاً بين مستويات الصعوبة في الرياضيات، فنجد أن الطفل لديه صعوبة في بعض أساسيات الرياضيات، ولكن عندما يصل إلى المستويات العليا لا نجد لديه أية صعوبة مثال ذلك نجد عند التلميذ صعوبة في عمليات العد أو الجمع أو الطرح ولا نجد لديه صعوبة في العمليات العليا مثل جمع الكسور وضربها أو في مادة الهندسة و الجبر.

علاقة صعوبات التعلم النمائية مع صعوبات التعلم الأكاديمية:

أغلب الدراسات المسحية التي قامت حول العلاقة بين صعوبات التعلم النمائية وصعوبات التعلم الأكاديمية أشارت أن هناك علاقة ارتباطية موجبة بينهما. وهذا ما أكده المعلمون حيث أشارت معظم الدراسات أن المعلمون كانوا يؤكدون على أنه يجب الأخذ بعين الاعتبار وبشكل مؤكد أن صعوبات التعلم النمائية هي الأساس فيما بعد في تكون صعوبات تعلم أكاديمية عند الطلبة. كما أكدت معظم الدراسات أيضاً وبنسبة قد تصل إلى 90% أنه يجب الاهتمام بالعمليات النفسية الأساسية عند الطلبة وكذلك بأساليب التدريس المستخدمة عند هؤلاء التلاميذ.

أسباب صعوبات التعلم:

ما زالت الدراسات التي أجريت حول الأسباب الرئيسة لصعوبات التعلم لم تتوصل إلى عوامل قطعية تشير إلى مسببات صعوبات التعلم، ولكن معظم الدراسات تشير إلى أن العامل الرئيسي هو تعرض الدماغ عند الطفل للإصابة أثناء الحمل بالإضافة إلى تعرض الجهاز العصبي، وقد أشار بعض العلماء ومنهم كيرك Kirke إلى أن الصعوبة تنشأ في العادة عن عجز عصبي سيكولوجي عند الطفل، هذا العجز يؤدي إلى قصور أو ضعف لدى الطفل في استخدام اللغة المنطوقة أو المكتوبة وهذا قد يكون ناتجاً عن ضعف في الفهم أو الإدراك أو التذكر وقد يكون ناتجاً أيضاً عن قصور أو ضعف في الحركة.

كما يجمع العلماء المختصين بصعوبات التعلم أن الصعوبات التعليمية تنشأ عن اضطرابات انفعالية Emotional Disturbance لدى التلميذ أوقد تكون ناتجة عن نقص في الخبرة Lack of Experience أوقد تكون ناتجة بدرجة كبيرة عن إصابات خفيفة في الدماغ Brain Injure وقد أشار كلاً من سابير ونتزبرغ Sapir & Nitzburg 1973 إلى أن

الصعوبات في التعلم تكون في العادة ناتجة عن عوامل اجتماعية أو عوامل بيولوجية، أوعوامل عصبية أوعوامل نفسية. فاذا وجدت مثل هذه العوامل فاننا نجد الطفل لا يستفيد من التعلم الذي يعطى لاقرانه، الذين لا توجد لديهم صعوبات في التعلم، كما أن هذه الصعوبات قد لا تكون ناتجة عن خلل وظيفي في الدماغ أو عن مشاكل عاطفية أو حسية، أو إلى انعدام الفرصة للتعلم.

لذلك يمكن تقسيم أسباب صعوبات التعلم إلى ما يلي:

1 - العوامل العضوية والبيولوجية

من المحتمل ان تكون صعوبات التعلم التي يعاني منها الفرد والتي تظهر لديه بسبب الصعوبة في التركيز لما يتعلمه بسبب تشتت الانتباه العائد إلى تلف في الدماغ، أو بسبب المشاكل التي تصيب الدورة الدموية أو بسبب بعض العمليات الكيميائية التي تحدث في الجسم بشكل غير طبيعي. الأمر الذي يؤثر على الجهاز العصبي عند الجنين خلال فترة الحمل. ومن العوامل المهمة أيضاً إصابة الأم الحامل بالحصبة الألمانية أونقص الاكسجين أثناء الحمل أو الولادة أوالولادة المبكره أو تعاطي العقاقير أو التدخين أو تعرض الأم للأشعة أثناء الحمل أو إصابة الطفل بالتهاب السحايا أو التهاب الخلايا الدماغية وغير ذلك من العوامل.

2 - العوامل الجينية genetic Factors

معظم الدراسات ومنها دراسة اون Owen, 1971 الواردة في (عدس، 1998) تشير إلى أن انتشار صعوبات التعلم توجد بين عائلات محددة، وقد أشارت الدراسات التي أجريت على العائلات والتوائم إلى أن العامل المهم في حصول الصعوبة يعود إلى العامل الوراثي وان نسبة 25% - 40% من الأطفال واليافعين الذين يعانون من صعوبات التعلم انتقلت اليهم عن طريق عامل الوراثة، فقد يعاني الأخوة والأخوات داخل العائلة الواحدة من صعوبات مماثلة، وقد توجد عند العم والعمة أوالخال والخالة أو عند أحد أبنائهم وبناتهم.

3 - العوامل البيئية Envivonmental Factors

تعتبر العوامل البيئية من العوامل المسببة لصعوبات التعلم ويشير كل من كرو كشناك وهلاهان Cruickshank Hallahan 1978 إلى بعض الأسباب البيئية المتمثلة في نقص

الخبرات التعليمية، وسوء التغذية أو سوء الحالة الطبية أو قلة التدريب أو إجبار الطفل على الكتابة بيد واحدة وغير ذلك.

أما بوش وونك (Bush & Wangh, 1976) كما جاء في (الروسان، 1989) فيركزان على نقص الخبرات البيئية والحرمان من المثيرات البيئية المناسبة، إلا أن كروكشانك Kruck-shank يعتبر العوامل البيئية من العوامل غير المؤكدة عند الحديث عن أسباب صعوبات التعلم.

ومن العوامل التي قد يكون لها أثر: التباعد الزمني بين الولادات، وعدد أطفال العائلة وكثرة التنقل، ومستوى دخل الأسرة، وعمر الأم عند ولادة الجنين.

كيف أعرف أن طفلي لديه صعوبة في التعلم:

يمر الأطفال خلال نموهم في مراحل مميزة، مثل نطق الكلمة، محاولة المشي وغير ذلك. وعادة ما ينظر الآباء وأطباء الأطفال إلى هذه العلامات المميزة للنمو للتأكد من عدم وجود عوائق تؤخر النمو المعتاد للطفل، ولذلك فإنه يمكن ملاحظة بعض مظاهر صعوبات التعلم بطريقة غير مباشرة وذلك عن طريق ملاحظة أي تأخر ملحوظ في نمو مهارات الطفل، فمثلاً يعتبر وجود تأخر يعادل مرحلتين دراسيتين (كأن يكون الطفل في الصف الرابع الابتدائي لكن مستواه الدراسي يعادل مستوى الثاني الابتدائي في مدرسته) إن هذا يُعد تأخراً كبيراً، وبينما يمكن اعتبار وسيلة الملاحظة إحدى العلامات المنبهة بطريقة غير رسمية فإن التشخيص العلمي لصعوبات التعلم يكون باستخدام الاختبارات القياسية العامة ليتم مقارنة مستوى الطفل بالمستوى المعتاد لأقرانه في العمر والذكاء، وفي الحقيقة إن مثل هذه الاختبارات يندر وجودها في الدول العربية، حيث لا تعتمد نتائج الاختبار على مجرد قدرات الطفل الفعلية، بل كذلك مدى دقة هذه الاختبارات وقدرة الطفل على الانتباه وفهم الأسئلة.

المظاهر السلوكية لذوي صعوبات التعلم:

حظي موضوع خصائص الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم باهتمام بالغ من جانب الكثير من المدرسين والأخصائيين النفسيين وأخصائيي الأطفال وأخصائيي الأعصاب. وقد اجريت الكثير من الدراسات حول الخصائص المشتركة لهم. وتبدو

خصائص الطلبة ذوي صعوبة التعلم في صعوبات التغلب على واحدة أو أكثر من المهمات التعليمية في الموقف الصفي مع أن ذكاءهم لا يقل عن ذكاء زملائهم في نفس الصف، ويمتازون بسرعة الانفعال وأدائهم في المدرسة ضعيف إذا ما قورن بزملائهم في نفس الصف مما يجبر المعلم والأهل على طلب العلاج لهم.

لعل من المظاهر السلوكية التي يتميز بها الأطفال الذين يعانون من صعوبات تعلم عدم التركيز لفترة مناسبة على موضوع محدد بسبب شرود الذهن وكذلك عدم المبالاة داخل غرفة الدراسة، وتنقله المتكرر في تعلم المهارات المطلوبة مما يؤدي بهم إلى عدم اللحاق بزملائهم ومتابعتهم، لذا يشعرون بالفشل والدونية وتنخفض ثقتهم بأنفسهم.

ويُظهر ذوي صعوبات التعلم نشاطاً حركياً زائداً إذا ما قورن بمعدلات الأطفال العاديين في نفس السن، وهذا الأمر يكون طبيعياً للطفل صغير السن الذي يمتاز بنشاط زائد، أما إذا استمر هذا النشاط في الارتفاع إلى سن متأخرة بحيث يؤدي إلى تشتت الانتباه أو تشتت قدرته عن التعلم، فإنه يصبح اضطراباً سلوكياً لذا فالاطفال ذوو صعوبات التعلم نجد لديهم قدرة على الحركة الدائمة، كثيرو التململ في مكانهم، يظهرون عدم التوازن في المشي مع أنهم ليسوا مصابين بخلل جسماني ظاهر، كما يُظهرون اندفاعاً في الحركات والكلمات فلا يبالون إذا سألوا شخصاً ما أسئلة محرجةً مثل لماذا تبدوا كالوحش لماذا يبدوا وجهك قبيحاً؟ أي أنهم لا يبالون بما هو مقبول اجتماعياً أو غير مقبول، كما أنهم لا يبالون أيضاً بالتخريب داخل المنزل وخارجه مما يؤدي إلى إحراج الأهل خاصة عند زيارة الأصدقاء لأنهم يحاولون العبث في كل ما يجري أمامهم، مما يعرضهم للخطر أحياناً وفي المقابل نجد أطفالاً على عكس ذلك تماماً حيث يُظهرون قليلاً من الطاقة والحركة، والدافعية لديهم منخفضة وحدة انتباههم قصيرة، ولكن هذه الفئة أقل شيوعاً من الفئة الأولى عند ذوي صعوبات التعلم.

يمكن تقسيم أهم المظاهر السلوكية لذوي صعوبات التعلم بما يلي:

أولاً: الاضطراب الانفعالي والاجتماعي:

تعتبر المرحلة الأولى من حياة الأطفال العاديين هي فترة إنجازات نفسية كبيرة، فالطفل تتشكل شخصية المستقبلية في السنوات الأولى من حياته، أما ذوو صعوبات التعلم فيبدو

عليهم الانعزال ولا يستطيع أحدهم أن يجعل لنفسه أداء ثابتاً. مما يجعله يحافظ على عضويته ضمن مجموعة الضعفاء خاصة في القراءة وذلك لعدم قدرته على مجاراة زملائه، وهذا يؤدي إلى عدم ثقته بنفسه فينظر إليها نظرة دونية تؤدي إلى التوتر الدائم لديه، فيشعر بالإهانة وعدم الإحساس بالزمن، فالطفل في المرحلة الإبتدائية عندما يكون لديه صعوبة تعلم في القراءة يكون متمركزاً حول نفسه، مشاعره سلبية حيث يشعر بأنه عاجز عن مجاراة زملائه وذلك لأهمية القراءة في تعلم المواد الأخرى، فينتقل هذا القلق إلى الآباء فيؤدي إلى انزعاجهم وابتعاد هؤلاء الأطفال عن زملائهم بسبب الاضطرابات الإنفعالية والسلوكية التي يعانون منها.

ثانياً : صعوبات في عمليات التفكير.

أكدت الدراسات الكثيرة التي أجريت حول عمليات التفكير أن الأطفال ذوي صعوبات التعلم لديهم قصور في عمليات التفكير، وقد أكد هلهان وآخرون (hallahan & etal) على أن الأطفال ذوي صعوبات التعلم يعانون من قصور في التخطيط لحل المشكلات، وكذلك أكد فلافل (Falavel 1976) وتورجسن Torgeson على أنهم يعانون من قصور في المهارات ما بعد المعرفة، أي قصور في الرقابة العقلية النشطة وفي تنظيم النتائج وتناسق العمليات العقلية والمعرفية، وقصور في الطوائق والخطط التي تساعد في تعلم أفضل كذلك فقد أكد كولنان وآخرون Cullinan &Etal, 1980 وكاجان Kagan أنه يغلب على الأطفال ذوي صعوبات التعلم التصرف باندفاع كما يمكن ملاحظة سلوكات متعددة (أشرنا إليها سابقاً).

ثالثاً : صعوبات في التحصيل الدراسي.

يظهر ذوو صعوبات التعلم تذبذباً شديداً في التحصيل الدراسي سواء أكان في الموضوع الواحد أوالمواضيع المتعددة وهذا ما يؤكد الاختلاف بين صعوبات التعلم والتأخر الدراسي. فالمتأخر دراسياً نجد لديه ضعفاً عاماً في جميع المواد الدراسية ونجد لديه أيضاً تذبذباً في المادة نفسها. ومثال ذلك نجد أن الطالب (س) حصل على الدرجات التالية في مادة التاريخ 10,80,20,70,90 ،حصل على الدرجات التالية لكل من اللغة العربية70، الجغرافيا 20 التاريخ 30 ، اللغة انجليزية 90 ، مع ملاحظة أن العلامة الكلية لكل مادة هي 100 درجة.

رابعاً : الإدراك البصري السمعي.

يأخذ الاضطراب الإدراكي أشكالاً عدة منها عجز الطفل عن تمييز الخصائص ومثال ذلك عدم القدرة على التمييز بين المربع والدائرة والمثلث أي يعجز الطفل عن الإدراك البصري للأشياء Visual Form Perception وقد يفقد الطفل القدرة على تركيز الانتباه وذلك بسبب تركيزه على بعض الأشكال مما يجعله يستبعد كل المثيرات الأخرى غير ذات الصلة التي يمكن أن توجد في الخلفية المحيطة بهذا الشكل وهو ما يعرف باسم التمييز البصري للشكل والخلفية .Visual Figur Ground Defferentiation

لذا يعجز الطفل عن تحديد وضع كلمة معينة في الجمل أو تحديد الأماكن على الخريطة، لأنه بسبب افتقاره إلى مهارات التمييز بين الشكل والخلفية، وقد يعجز عن تحقيق التكامل بين الإبصار وحركة أجزاء الجسم، مما يسبب صعوبات له في الكتابة ونقل الرسوم فتكون رسوم الطفل وطريقته في الكتابة غير مفهومة.

ويعجز أيضاً عن تمييز الشكل والأرضية وأن يميز بين الأشكال الهندسية مثل المربع والمستطيل، ويعكس الاحرف فهو يكتب رقم ٦ ، ٢ و ٣ ، ٧ وهكذا أما عمليات الجمع فيمكن أن تتم كما يلي ٣٦٥ + ٢٤ = ٢٤٣٦٥ كما أنه قد يعاني من صعوبة في معرفة أو ادراك الاتجاهات المكانية، فوق، تحت، يمين، يسار، أمام، خلف وكذلك لا يستطيع تمييز الكرة المتجهة نحوه وسرعتها، وهو غير متأكد من الطريق المؤدي إلى المكان الذي يُريد الذهاب إليه، كما أنه لا يستطيع جمع مفردات الأشياء التي يراها متكاملة ومثال ذلك الطفلة التي لا تستطيع أن ترى الأجزاء المقطعة فهي ترى مثلاً الصفحة ولا تستطيع تمييز العلاقة التي تربط بين الكلمات فتراها متناثرة ولذا كانت تترك دفاترها وكتبها متناثرة أيضاً في غرفتها. أما الكتابة فكانت هذه الطفلة لا تستطيع أن تكتب المفردات كلها على حده، كما أنها لا تستطيع أن تتخيل المفردات متراصة في عامود فتأتي الكلمات مبعثرة على الصفحة، كما أنها لا تستطيع أن تجمع أجزاء الشجرة مثلاً التي تم نشر أعلاها وفصله عنها، لذا كانت لديهاالحياة مشوشة جداً، وكانت مشيتها متعثرة خاصةً إذا طلب منها المشي على خطوط مستقيمة.

وبما أن الأدراك السمعي يلعب دوراً مهماً في عملية التعلم، فأننا نجد ذوي صعوبات التعلم يعجزون عن تمييز الحروف المتشابه في النطق مثل حرف ف ، ك ، والكلمات مثال

(قال يلفظها، كال) (ظ، ض) (ت ، ة) وهكذا. لذا فالذاكرة السمعية لا يمكن لنا الغاؤها لأن الحاجة إلى عملية التذكر السمعي مهمة جداً في عملية التعلم من أجل الاحتفاظ بالمعلومات والمعارف من أجل استخدامها في عملية التعلم، ونتيجة المشكلات في هذه المهارة، (الإدراك السمعي) - نجد أن هؤلاء التلاميذ يتأثر تعلمهم بشكل مباشر.

تشخيص صعوبات التعلم:

ان أول ما يمكن ملاحظته عند التلاميذ ذوو صعوبات التعلم هو التباين والتنوع في الخصائص العامة، كما يمكن تمييز هؤلاء التلاميذ بتباين واسع في تحصيلهم الأكاديمي في المادة الواحدة وبين نتائج المواد مجتمعة. لذا عندما يُريد الاخصائي تشخيص وتقييم التلاميذ للتعرف على ذوي صعوبات التعلم لا بد له من استخدام وسائل متعددة يستطيع التلميذ الاستجابة للاختبارات التشخيصية بإستخدام المدخلات البصرية والسمعية، فالاختبارات يجب أن تتضمن استخدام الكلام والاشارة والكتابة أحياناً وهذا العمل يتطلب إيجاد فريق متكامل للتشخيص.

قدم بتمان Betman أربعة تصورات للخطوات التي ينبغي اتباعها لتشخيص صعوبات التعلم تتميز هذه الخطوات بالبساطة والتدرج وبأنها تؤدي مباشرة إلى تخطيط علاجي وهذه الخطوات ما يلي:-

1 - المقارنة بين المستوى المتوقع للمتعلم وأدائه الفعلي. عندما نلاحظ تبايناً بين المستوى المتوقع والفعلي معتمدين على ما هو معروف من نتائج اختبارات عقلية مقارنة مع من هم في مثل سنه فإننا بذلك نرجح وجود صعوبة في التعلم.

2 - محاولة الوصول إلى وصف سلوكي تفصيلي للصعوبة في التعلم وما يرتبط بها من أعراض وعدم وضع أسباب غير معروفة حيث يذهب الكثيرون إلى وضع أسباب غير واقعية للصعوبة.

3 - تتضمن الخطوة الثالثة ما يتبع الصعوبة، وهذا يتم بمراقبة ما يظهر من سلوك عند الطفل الذي يتوقع أنه يعاني من صعوبة في التعلم شريطة أن يكون هذا السلوك المراقب مرتبطاً بالصعوبة في التعلم مثال كأن يكون هناك تذبذب في علامات الطالب في المادة الواحدة أو بين المواد المختلفة وهذا التذبذب يكون واضحاً في نتائج هذا التلميذ مقارنة مع زملائه في نفس الصف وفي نفس الفئة العمرية.

4 - الغرض التشخيصي أو تطوير طريقة العلاج وسمي بالغرض العلاجي لأنه يكون خاضعاً للتعديل حسب الحالة أثناء العلاج. أي اقتراح خطوات علاجية واقعية قابلة للتغيير والتعديل أثناء فترة العلاج تتناسب مع الطالب صاحب المشكلة.

تهدف عملية قياس مظاهر صعوبات التعلم وتشخيصها إلى تحديد تلك المظاهر والتعرف على أسبابها، ومن ثم وضع البرامج العلاجية المناسبة لها لذلك على الاخصائي في قياس مظاهر صعوبات التعلم وتشخيصها أن يتبع الخطوات التالية:

1 - اعداد تقرير عن حالة الطفل العقلية وذلك عن طريق تطبيق اختبارات الذكاء العام المعروفة والاختبارات الأكاديمية أيضاً ويتم ذلك من خلال التعرف على مدى التباين بين التحصيل الأكاديمي المتوقع والحالي عند الطفل.

2 - إعداد تقرير عن مهارات الطفل في القراءة والكتابة ويتم ذلك من خلال الملاحظات المنظمة لمهارات القراءة والكتابة من قبل المدرسة، واستعمال المقاييس المسحية السريعة والمقننة.

أساليب قياس وتشخيص صعوبات التعلم(Learning Disabilities) :

يتم في العادة تحويل الطلبة الذين يكون مستوى أدائهم أقل من المتوقع في مرحلتهم الدراسية - (مع أنهم يتلقون خبرات تعليمية مناسبة لمستوى العمر والمقدرة) إلى أخصائي في قياس حالات صعوبات التعلم وتشخيصها. ويتم ذلك من قبل المعلمين أو الأباء أو الطبيب، ويقوم أخصائي قياس وتشخيص صعوبات التعلم باتباع الخطوات التالية:

1 - إعداد تقرير عن حالة الطفل العقلية وذلك بواسطة اختبارات الذكاء المقننة على البيئة المحلية.

2 - إعداد تقرير عن مهارات الطفل في القراءة والكتابة.

3 - إعداد تقرير عن عملية التعلم وخاصة جوانب القوة والضعف.

4 - البحث عن أسباب هذه الصعوبة.

5 - وضع الفرضيات التشخيصية على ضوء جمع المعلومات الخاصة بالحالة.

6 - تطوير خطة تدريبية فردية على ضوء الفرضيات التشخيصية.

إن بقاء الطفل في الفصل العادي دون ملاحظة وعناية خاصة لا يساعد في تطوير قدراته، فهو بحاجة إلى برامج فردية علاجية خاصة به، وقد تتفاقم هذه المشكلة كلما

تقدم في المراحل الدراسية. فكلما كان العمل مبكراً كان تجاوز الصعوبات أكبر، وقد تمثل مجموعة الأطفال ذوي صعوبات التعلم تحدياً واضحاً لأولياء الأمور والمربيين: نظراً لأن اكتشاف الأسباب المؤدية إلى هذه المشكلات الخاصة ليس سهلاً مثل اكتشاف الإعاقة العقلية. ونجد أن هؤلاء الأطفال يواجهون صعوبات كبيرة في التعلم أكثر مما يواجهها الأطفال الآخرون متوسطو الذكاء، وهذا يمثل فقداناً هائلاً للطاقة البشرية، وعبئاً ثقيلاً على مفهوم الطفل لذاته، وحيث إن هذا المجال حديث نسبياً للإعاقات الأخرى؛ لذا نجد أن أساليب العلاج وطرقه لا تزال محدودة ومتغيرة، وقد لا نستطيع أن نجزم بأن هناك طريقة أفضل من الطرق الأخرى. وهناك أساسيات يمكن الاعتماد عليها في ذلك وهي:

1- **محك الاستبعاد:**

أي يستبعد الأطفال الذين لديهم عجز أو قصور يسبب لهم هذه الصعوبات وهذا لا يعني أنه لا يوجد من الأفراد المعاقين من يعاني من الصعوبة التعليمية غير أن هؤلاء يحتاجون إلى برامج خاصة تتناسب مع إعاقتهم.

2- **طرق التباعد:**

يتم بناء على عملية تشخيص الصعوبة الخاصة في التعلم في الحالات التالية:

أ - تدني معدل التحصيل الدراسي.

ب - عدم تناسب التحصيل مع قدرة الطفل.

ج - وجود تباعد وانحراف حاد بين المستوى التحصيلي والقدرة العقلية.

د - وجود اضطراب واضح يسبب صعوبة في القراءة والكتابة واللغة.

3- **محك المشكلات المرتبطة بالنضج والتربية الخاصة:**

قد تختلف معدلات النضج من طفل إلى آخر وقد يكون ذلك غير منظم: بمعنى أن الخلل في عملية النضج قد يؤدي إلى الصعوبة التعليمية.

4- **محك العلاقات البيولوجية:**

مثل التلف في بعض مراكز المخ العصبية عند بعض الأطفال

5- **الاختبارات المقننة:**

تقدم الاختبارات المقننة لتقييم مستوى الأداء الحالي لمظاهر صعوبات التعلم، كما تحدد

تلك الاختبارات البرنامج العلاجي المناسب لجوانب الضعف التي تم تقيمها وهي:

أ- اختبارات القدرات العقلية:

مثل اختبار ستانفورد - بينيه، واختبار وكسلر واختبار ريفن وغير ذلك، وجميعها تحدد الكفاية العقلية للطفل؛ لأن القدرة العقلية من المعايير المهمة في تحديد صعوبات التعلم.

ب- اختبارات التكييف الاجتماعي:

تهدف هذه الاختبارات إلى التعرف على مظاهر النمو والتكيف الاجتماعي للطفل وذلك للكشف عن المظاهر السلبية في تكيفه الاجتماعي، ومن الأمثلة على ذلك: اختبار فينلاند للنضج الاجتماعي Vineland Social Maturity Scale واختبار الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي والخاص بالسلوك التكيفي .Mecmilian, The Adaptive Behavior Scaie, 1977

يظهر الطالب الذي يعاني من صعوبة في التعلم مدى واسعاً من الخصائص والسمات، لذا عند تقييمه يجب أن يختار أخصائي التشخيص بطارية اختبار تتضمن أنماط متنوعة من المدخلات والمخرجات، وبذلك فإنه يجب تقييم الطالب باستخدام اختبارات أو إجراءات تستخدم كلاً من المدخل السمعي والبصري ويجب أن تتيح الاختبارات للطالب الاستجابة بطرق مختلفة مثل الكلام والاشارة ووضع خط تحت الاجابة المطلوبة والكتابة ويؤدي الفشل في اختيار بطارية الاختبار التي تضم هذا التنوع من أنماط المدخلات والمخرجات إلى التأثير الشديد على نتيجة الطالب على سبيل المثال فان الطالب الذي يعاني من مشكلة تعبيرية وصعوبات في بناء الجمل قد يكون اداؤه ضعيفاً على اختبار المفردات الفرعي في اختبار وكسلر (Wechsler, 1974) الذي يتطلب اعطاء معاني الكلمات بشكل لفظي وقد يكون اداؤه على نفس هذا الاختبار عالياً جداً في الاختبار -Dunn and Dunn, 1981 pe) bady picture vocabulary Test Revised) الذي تتطلب الاستجابة عليه عملية الاشارة بدلاً من اللفظ. ومن خلال الاختبار الدقيق الواعي لبطارية الاختبار يستطيع أخصائي التشخيص تجنيب تقييم نواحي الضعف لدى الطالب فقط.

تبدو مظاهر صعوبات التعلم فيما يلي:

1 - النشاط الزائد مع استمراريته.

2 - اضطراب السلوك الحركي وخاصة في التآزر بين العينين والحركة.

3 - صعوبة التمييز بين الأشياء وادراكها.

4 - اضطرابات لغوية خاصة في القراءة والكتابة وتركيب الجمل.

5 - تدني التحصيل الأكاديمي.

هناك الكثير من الاختبارات والتي يمكن استخدامها للكشف عن الطلبة ذوي صعوبات التعلم ومن أشهرها.

مقياس مايكل بست للتعرف على الطلبة ذوي صعوبات التعلم

The Pupil Rating Scale Screening for Learning Disability. by helmer R. Mykabnst, 1969.

يعرف هذا المقياس. بمقياس مايكل بست ويمكن بواسطته التعرف المبدئي على الطلبة الذين يعانون من اضطرابات في التعلم وهو من المقاييس الفردية المقننة.

يتألف هذا الاختبار من الأختبارات الفرعية التالية:

1 - اختبار السلوك الشخصي والاجتماعي

2 - اختبار اللغة.

3 - اختبار الاستيعاب السمعي.

4 - اختبار التناسق الحركي.

5 - اختبار المعرفة العامة

يصلح هذا الاختبار للفئات العمرية من 6 - 12 سنة أما تصحيحه فيستغرق حوالي نصف ساعة وتطبيقه 45 دقيقة.

كما أن هناك الكثير من الاختبارات التي نستطيع بواسطتها التعرف على الطلبة ذوي صعوبات التعلم ومنها:

1 - اختبار مكارثي للقدرات المعرفية.

2 - اختبار ديترويت للاستعداد للتعلم

3 - اختبار ماريا فروستج للأدراك البصري

4 - مقياس دل السمعي للقراءة.

5 - مقياس سلنفرلاند للتعرف على الأطفال ذوي الصعوبات اللغوية الخاصة.

الفصل السابع

7 الاضطرابات السلوكية والانفعالية

* مقدمة
*تعريف الاضطراب السلوكي والانفعالي.
* تصنيف المضطربين سلوكياً وانفعالياً.
* أسباب الاضطرابات السلوكية والانفعالية.
* صفات المضطربين سلوكياً وانفعالياً.
* التعرف على الأشخاص المضطربين سلوكياً وانفعالياً.
* قياس وتشخيص المضطربين سلوكياً وانفعالياً.
* الخدمات المقدمة للأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً.
* ضبط سلوك المضطربين سلوكياً وانفعالياً.
* بعض أشكال الاضطرابات السلوكية والانفعالية (العدوان).
* الانسحاب
* التوحد.

المقدمة

لقد ظهرت تعريفات متعددة تطرقت لتحديد الاضطرابات السلوكية والانفعالية وتعريفها لدى كل من الأطفال، والشباب، والتي حددت من قبل الأطباء، والأطباء النفسيين، والأخصائيين النفسيين، والقانونيين، والمربين واستخدمت مسميات وتعريفات مختلفة تتعلق بالاضطرابات السلوكية، منها :

- سوء التكيف الاجتماعي Social Maladjustment
- الانحراف Delinquent
- الاضطرابات الانفعالية Emotionally Disturbances
- الإعاقة الانفعالية Emotionally Handicap
- الاضطرابات السلوكية Behavior Disorders

وقد تؤثر الاضطرابات السلوكية والانفعالية على حياة الطفل بشكل كبير، حيث تؤثر على علاقته مع أفراد الأسرة، والأصدقاء، والتحصيل الأكاديمي، وبدون تدخل فإن الفرد سيعيش في ألم انفعالي وعزلة، وسيترك المدرسة ويندمج في سلوكات ضد المجتمع. وقد أثبتت الدراسات أن التدخل في مرحلة المدرسة الإبتدائية من خلال تقديم الخدمات المناسبة يساعد الأفراد على تحسين مستواهم الأكاديمي وتقوية علاقاتهم والوصول إلى علاقات أفضل مع الآخرين.(Hallahane & Kauffman 1996) .

تعريف الاضطراب السلوكي والانفعالي:

ظهرت تعريفات عديدة لاضطرابات السلوك، ولكن لا يوجد تعريف متفق عليه بشكل عام وذلك لأسباب متعددة، منها :

1 – عدم توفر تعريف محدد ومتفق عليه للصحة النفسية.

2 – صعوبة قياس السلوك والانفعالات.

3 – تباين السلوك والعواطف.

4 – تنوع الخلفيات النظرية والأطر الفلسفية المستخدمة لتفسير السلوك.

5 - تباين التوقعات الاجتماعي الثقافية المتعلقة بالسلوك.

6 - اختلاف الجهات والمؤسسات التي تصف الأطفال المضطربين وتخدمهم.

ومن التعريفات الأكثر قبولاً للاضطرابات السلوكية والانفعالية وحظي بكثير من القبول هو تعريف "بور Bower، وأدخل في قانون تعليم الأفراد المعوقين. ويعرف بور الاضطرابات السلوكية والانفعالية بأنها وجود واحدة أو أكثر من الصفات التالية لمدة طويلة من الزمن لدرجة ظاهرة وتؤثر في التحصيل، وهذه الصفات هي:

1 - عدم القدرة على التعلم والتي لا تفسر بأسباب عقلية أو حسية أو صحية.

2 - عدم القدرة على بناء علاقات شخصية مع الأقران والمعلمين وعدم القدرة على المحافظة على هذه العلاقات.

3 - ظهور أنماط سلوكية غير مناسبة في المواقف العادية.

4 - مزاج عام من الكآبة والحزن.

5 - النزعة لتطوير أعراض جسمية مثل المشكلات الكلامية والآلام والمخاوف والمشكلات المدرسية.

وعرف كوفمان Kauffman 1977 الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً بأنهم من يظهرون سلوكيات شاذة نحو الآخرين، والذين تظهر عليهم سلوكيات غير مقبولة وغير متوافقة مع البيئة المحيطة بهم ومع مجتمعهم، كما أن توقعاتهم بالنسبة لأنفسهم وللآخرين غير صحيحة. وعلى الرغم من الاختلاف بين التعريفات إلا أنها تتفق على أن الاضطرابات السلوكية والانفعالية تشير إلى:

1 - الفرق بين السواء واللاسواء هو فرق في الدرجة لا فرق في النوع.

2 - السلوك يعتبر مضطرباً وغير مقبول وفقاً للتوقعات الاجتماعية والثقافية.

تصنيف المضطربين سلوكياً وانفعالياً:-

كما لا يوجد اتفاق على تعريف محدد للاضطرابات السلوكية والانفعالية، أيضاً لا يوجد اتفاق على أسلوب أو طريقة معتمدة في التصنيف، إلا أنه يمكن وضع الأفراد المضطربين ضمن مجموعات تصنيفية متجانسة طبقاً لنوع المشكلات التي يواجهونها. فقد عمد كوي

Quay إلى وضع نظام تصنيفي متعدد الأبعاد يعتمد على تقديرات الأبوين والمعلمين للسلوك، وتاريخ الحالة، واستجابة الطفل على قوائم التقدير. ويتألف تصنيف كوي من أربعة أبعاد هي:

1 - اضطرابات التصرف

2 - اضطرابات الشخصية.

3 - عدم النضج.

4 - الجنوح الاجتماعي.

بالنسبة للأطفال الذين يعانون من اضطراب التصرف فهم يتصفون بعدم الطاعة والفوضى ويتشاجرون مع الآخرين، وتحدث لديهم موجات غضب شديدة. أما الأطفال الذين يعانون من اضطرابات الشخصية فلديهم قلق وشعور بالدونية وانسحاب اجتماعي واكتئاب وإحباط. أما عدم النضج فمن أعراضه الاتجاهات السلبية واللعب مع الأطفال الأصغر سناً وعدم القدرة على الانتباه لفترة طويلة والسلوك الاجتماعي غير المناسب للعمر الزمني للطفل. أما الأطفال الذين يعانون من الجنوح الاجتماعي فيتصفون بالانضمام إلى رفاق السوء والسرقة والمشاركة في أنشطة العصابات والتغيب المتكرر عن المدرسة.

وهناك ميل عند بعض الباحثين لتصنيف اضطرابات السلوك اعتماداً على شدة الاضطراب حيث تصنف الاضطرابات السلوكية والانفعالية إلى:

1 - الاضطرابات السلوكية والانفعالية البسيطة.

2 - الاضطرابات السلوكية والانفعالية متوسطة الشدة.

3 - الاضطرابات السلوكية والانفعالية الشديدة، وهذه تشمل فصام الطفولة والتوحد.

وتصنف الاضطرابات السلوكية والانفعالية بشكل عام بأنها سلوكيات خارجية أو سلوكيات داخلية أو اضطرابات قليلة الحدوث، حيث تكون السلوكيات الخارجية موجهة نحو الآخرين مثل العدوان والشتم والسرقة والنشاط الزائد، بينما تكون السلوكيات الداخلية بصورة اجتماعية انسحابية مثل فقدان الشهية والانسحاب والاكتئاب. أما الاضطرابات قليلة الحدوث فهي الفصام والتوحد.

أسباب الاضطرابات السلوكية والانفعالية:

لا تزال الدراسات العلمية حول الأسباب البيولوجية في بداية الطريق والتفاعلات التي تحدث للأطفال مع أسرهم والبيئة والمجتمع معقدة جداً لدرجة أننا لا نستطيع تحديد سبب واحد مؤكد للاضطرابات السلوكية والانفعالية، ومع ذلك نستطيع تحديد أربعة مجالات يمكن أن تسهم في حدوث الاضطرابات السلوكية والانفعالية، وهي:

1 - العوامل البيولوجية: يتأثر السلوك بالعوامل الجينية والعصبية وكذلك البيوكيميائية، أو بتلك العوامل مجتمعة، وهناك كثير من الدلائل التي أثبتت وجود علاقة للعوامل البيولوجية بالاضطرابات السلوكية والانفعالية الشديدة لدى الأطفال.

2 - العوامل النفسية: وتتمثل هذه العوامل في الأحداث الحياتية التي تؤثر على سلوك الطفل، وهذه الأحداث ترتبط بحياة الطفل في الأسرة وحياته في المدرسة. وقد تناولت مدارس أو نظريات علم النفس المختلفة تفسير هذه السلوكيات.

3 - العوامل الأسرية: حيث يعزى أخصائيو الصحة النفسية أسباب الاضطرابات السلوكية والانفعالية إلى علاقة الطفل بوالديه، حيث إن الأسرة لها تأثير كبير على التطور النمائي المبكر للطفل، ولذلك فإن التنشئة الاجتماعية غير الصحية قد تسبب اضطرابات عند بعض الأطفال. فضرب الأطفال وإلحاق الأذى بهم وإهمالهم وانخفاض التفاعلات الإيجابية بين الآباء والأبناء، ووجود نماذج سيئة من قبل بعض البالغين قد تسبب الاضطرابات عند الأطفال. وكذلك وجود العائلات المفككة والشعور بفقدان الأهل له تأثير كبير في حدوث الاضطرابات.

4 - العوامل المدرسية: قد يساهم المعلمون في بعض الأحيان في حدوث السلوكات المضطربة أو يزيدون من حدتها عند بعض الطلبة فعندما لا يراعي المعلم الفروق الفردية بين الطلاب فإن ذلك يؤدي إلى ظهور استجابات عدوانية محبطة نحو المعلم أو البيئة الصفية والمدرسية، وقد يلجأ بعض الطلاب إلى القيام بالسلوكيات المضطربة لتغطية مشاكل أخرى، مثل صعوبات التعلم. كما توجد عوامل مدرسية أخرى تساهم في ظهور الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى التلاميذ منها: استخدام الشدة مع التلاميذ، الرتابة والروتين اليومي الممل، عدم المرونة في التدريس، التعزيز الخاطيء

لبعض السلوكات، النموذج أو القدوة السيئة سواء من قبل الزملاء أو المعلمين أنفسهم، عدم الثبات في المعاملة من قبل الإدارة والمعلمين،... وغير ذلك.

صفات الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً:-

1 - **الصفات الانفعالية والاجتماعية:** من أكثر الصفات شيوعاً من الناحية الاجتماعية والانفعالية العدوانية والانسحاب والسلوك الفج.

أ - العدوانية : يعتبر العدوان أياً كان شكله أو نوعه من أهم الخصائص الاجتماعية المميزة للأفراد المضطربين سلوكياً وانفعالياً، وسنتطرق إليه لاحقاً كأحد أشكال الاضطراب السلوكي الشائع.

ب - السلوك الإنسحابي: يعتبر مظهراً آخر من المظاهر المميزة لذوي الاضطرابات الانفعالية والسلوكية ويعبر السلوك الانسحابي عن فشل الفرد المضطرب انفعالياً في التكيف مع المتطلبات الاجتماعية وسنتطرق إليه لاحقاً بشيء من التفصيل كأحد الأشكال المميزة للاضطراب السلوكي والانفعالي.

ج - السلوك الفج: ويقصد به ذلك السلوك غير الناضج انفعالياً والذي يصدر عن الأفراد المضطربين سلوكياً وانفعالياً مقارنة مع ما يتوقع ممن يماثلونهم في العمر الزمني من الأفراد العاديين. فما يصدر عن الأفراد المضطربين من مواقف انفعالية لا تتناسب مع طبيعة الموقف الانفعالي، مثل المبالغة في الضحك أو اللامبالاة في المواقف المحزنة. (يحيى، 2000).

2 - **الخصائص العقلية والتحصيلية (الأكاديمية):-**

أ - الذكاء : أظهرت نتائج الدراسات أن متوسط ذكاء الطفل المضطرب سلوكياً وانفعالياً بدرجة بسيطة ومتوسطة هي في حدود (90 درجة) أي في الحدود المتوسطة والطبيعية، وعدد قليل من الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً أعلى من المتوسط، كذلك فإن نسبة كبيرة من الأطفال المضطربين سلوكياً تعتبر من حيث نسب الذكاء ضمن فئة "بطيء التعلم" و "فئة" التخلف العقلي البسيط".

ب - التحصيل: إن الأطفال المضطربين سلوكياً يعانون من مشكلات تعليمية مختلفة

وتدني التحصيل الأكاديمي، فهم يحصلون في العادة على درجات أقل مما هو متوقع من عمرهم العقلي، وقليل جداً منهم من يحصلون على درجات عالية في التحصيل.

3 - خصائص عامة للمضطربين سلوكياً وانفعالياً:-

فيما يلي عرض لبعض الخصائص العامة للمضطربين سلوكياً وانفعالياً، مع مراعاة أنه ليس بالضرورة وجود جميع هذه الخصائص لدى الطفل المضطرب سلوكياً، وإنما تختلف من فرد إلى آخر بناءً على خصائص الفرد ودرجة الإعاقة لديه والمتغيرات البيئية من حوله.

1 - الفهم والاستيعاب: يستطيع هؤلاء الأطفال لفظ الكلمات مكونين جملة قصيرة لقصة، ولكن لديهم فهم قليل لمعنى القصة، وهم غير قادرين على إعادة نص معين وتفسير القصص والاتجاهات.

2 - الذاكرة: بعض الأطفال لديهم مهارات ذاكرة ضعيفة فلا يستطيعون تذكر موقع صفوفهم في المدرسة وأدواتهم.

3 - السلوك الهادف إلى جذب الانتباه: وهو أي سلوك لفظي أو غير لفظي، وعادة ما يقوم هؤلاء الأطفال بأنماط من السلوكيات لجذب الانتباه تتضمن الصراخ أو المرح الصاخب أو القيام بحركات جسدية باليدين والرجلين.

4 - السلوك الفوضوي: وهو السلوك الذي يتعارض مع سلوكيات الفرد والجماعة ويتمثل في غرفة الصف بالكلام غير الملائم والضحك والتصفيق.

5 - العدوان اللفظي والجسدي: وهذا السلوك موجه إلى الذات أو الآخرين مثل: ضرب، عضّ، شتم.

6 - المزاج المتقلب: يتضمن التقلب في المزاج من حزن إلى سرور ومن هدوء إلى حركة.

7 - تشتت الانتباه: وهو عدم القدرة على التركيز على مثير معين لوقت كاف، وهذا السلوك يتضمن عدم الاهتمام بالمهمة وعدم الاهتمام بالتوجيهات المعطاة من قبل المعلم، ويظهر أنه مشغول البال.

8 - الاندفاع: وهو الاستجابة الفورية لأي مثير، وهذه الاستجابة تكون سريعة ومتكررة وغير ملائمة بحيث تظهر هذه الاستجابة على شكل ضعف في التفكير والتخطيط، وغالباً ما تكون الاستجابة خاطئة.

9 - التكرار: وهو النزعة إلى الاستمرار في نشاط معين بعد انتهاء الوقت المناسب لهذا النشاط حيث يجد الأطفال صعوبة في الانتقال من نشاط إلى آخر، مثلاً الاستمرار في الضحك مدة طويلة بعد سماع نكتة حتى بعد توقف الآخرين عن الضحك.

10 - تدني مفهوم الذات: يدرك كثير من الأطفال المضطربين أنفسهم على أنهم غير مناسبين أو فاشلين.

11 - السلبية: وهي المقاومة المستمرة للنصائح والتوجيهات المقدمة من قبل الآخرين.

12 - النشاط الزائد: وهو النشاط الجسدي المستمر ويتصف بعدم التنظيم وهو غير موجه.

13 - قلة النشاط: يتصف الفرد بأنه بطيء وبليد، ولديه نشاط حركي غير مكافىء عند الاستجابة للمثيرات.

14 - الانسحاب: يوصف الطفل الانسحابي بأنه منعزل وخجول وخائف ولديه أحلام يقظة.

15 - عدم النضج الاجتماعي: ويقصد به السلوك غير المناسب للمرحلة العمرية.

16 - الشكوى من علل نفس - جسدية: الصراعات الداخلية النفسية التي تظهر على شكل أعراض جسمية، هذه الأعراض يمكن أن تكون نتيجة اضطراب جسمي إما حقيقي أو وهمي.

17 - التمرد المستمر: الطفل المتمرد يوصف بأنه يشترك دائماً في نشاطات مناقضة لقوانين والديه ومعلميه واتجاهاتهم.

18 - تدني الدافعية لممارسة نشاطات هادفة. (Smith & Lukasson, 1992)

● **خصائص خاصة بالأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً بدرجة شديدة واعتمادية:**

1 - العجز في مهارات الحياة اليومية: يفشل هؤلاد في القيام بأبسط مهارات العناية الذاتية فمنهم من يكون غير قادر على ارتداء ملابسه أو إطعام نفسه.

2 - انحراف الإدراك الحسي: لا يستجيب هؤلاء الأطفال إلى المؤثرات البصرية والسمعية، ويظهر عليهم نسيان كثير مما يدور حولهم وهم كثيرو التجاهل للآخرين ولا يهتمون بما يسمعونه أو يرونه.

3 - عجز الإدراك: يصعب إخضاع معظم الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً بشكل شديد لاختبار، والذين نستطيع تطبيق اختبارات ذكاء وتحصيل عليهم يحصلون على درجات منخفضة جداً.

4 - غير مرتبط بالآخرين: لا يطور هؤلاء الأطفال مشاعر مناسبة إذا ما قام أحد بحملهم فلا يوجد هناك عاطفة أو دفء متبادل.

5 - انحراف اللغة والكلام: معظم الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً بدرجة شديدة لا يتكلمون أبداً أو يظهرون عدم فهم اللغة، ويظهر بعضهم احتباس الكلام، أو يرددون كل ما يسمعونه دون إضافة شيء.

6 - الإثارة الذاتية: السلوك النمطي أو المتكرر الذي يفيد فقط في إثارة الحواس هو شائع لدى الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً بدرجة شديدة، مثل الدوران حول هدف معين بشكل مستمر أو الضرب باليدين على الأشياء (Hallahan & Kanffman, 1992)

7 - سلوك إيذاء الذات: يؤذي بعض هؤلاء الأطفال أنفسهم بشكل مستمر ومتكرر ويبدو أنهم لا يشعرون بألم إيذاء الذات.

هذه بعض الخصائص التي تميز الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً بدرجة شديدة مع الأخذ بعين الاعتبار أنه ليس بالضرورة أن يظهر الفرد جميع هذه الصفات.

التعرف على الأشخاص الذين يظهرون اضطرابات سلوكية وانفعالية:-

● إجراءات الكشف والتعرف: من أجل تحديد عدد الأطفال الذين هم بحاجة إلى خدمات إضافية أو متخصصة فإنه يجب مسح مجموعة كبيرة من الأشخاص، وفي حالة الأطفال في سن المدرسة فإن المعلم هو المعني بعملية الكشف.

- ما هو المقصود بالكشف: يشير مصطلح الكشف إلى قياس سريع وصادق للنشاطات التي تطبق بتنظيم لمجموعة من الأطفال، بهدف التعرف على الأطفال الذين يعانون من صعوبات من أجل إحالتهم إلى عملية الفحص والتقييم. ويساعد الكشف والتدخل المبكر في الحد من انتشار اضطرابات السلوك. ويتم التعرف على الطلاب ذوي المشكلات السلوكية والانفعالية في برامج ما قبل المدرسة وبرامج المدرسة من خلال تقييم النواحي الجسمية والمعرفية والإدراكية والسلوكية والانفعالية، وحتى تتم عملية الكشف بفاعلية يجب أن يتعاون الآباء والمعلمون في ملاحظة سلوك الطفل في كل من المدرسة والبيت.

ومن أهم طرق الكشف والتعرف ما يلي:-

1 - تقديرات المعلمين: يعتبر المعلم أكثر الأشخاص أهمية في عملية الكشف عن الأطفال المضطربين انفعالياً وسلوكياً في سن المدرسة. وقد أشارت دراسات عديدة إلى أن تقديرات المعلم من أصدق التقديرات وأكثرها موضوعية، إلا أن بعض الدراسات أشارت أيضاً إلى أن المعلمين يمكن أن يكونوا متحيزين، فمثلاً يميل المعلم إلى تحويل حالات السلوك الموجه نحو الخارج كالإزعاج لأنها تؤثر على سير الحصة التربوية، ولكنه يميل إلى عدم تحويل حالات الانسحاب مثلاً لأنها لا تسبب له الإزعاج ولا تؤثر على سيّر العملية التربوية. ولذلك يجب أن يعطى المعلم تحديداً للمشكلات التي يجب أن يلاحظها في الصف بشكل دقيق عن طريق قوائم الشطب، وهي تتضمن سلوكيات محددة يطلب من المعلم أن يقدر الطالب على هذه السلوكيات.

2 - تقديرات الوالدين: يعتبر الوالدان مصدراً مهماً للمعلومات عن اضطراب الطفل، ويمكن أن نجمع المعلومات من الوالدين، إما من خلال المقابلات أو من خلال قوائم الشطب والاستبيانات.

3 - تقديرات الأقران: أشارت نتائج بعض الدراسات أن الأطفال في المدرسة من كل الأعمار قادرون على التعرف على المشكلات السلوكية وخصوصاً الأطفال الأكبر سناً حيث يستطيعون ملاحظة دلالات أو إشارات السلوك غير العادي.

4 - تقدير الذات: من خلال تقدير الطفل لذاته يمكن أن يساعد ذلك في التعرف على المشكلات التي يعاني منها، وخصوصاً في حالة الاضطراب الموجه نحو الداخل الذي يتطلب وصف الذات من خلال المشاعر والاتجاهات.

5 - التقديرات المتعددة: إن طبيعة الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً والتعقيدات السيكومترية لإجراءات الكشف المختلفة جعلت عدداً كبيراً من الباحثين يوصون بأن يكون هناك حاجة ملحة للتنويع في طرق جمع المعلومات عن طبيعة تطور نمو الطفل وتكيفه، وحتى يتم التعرف بدقة على هذا الطفل المضطرب مثل تقديرات الأقران وتقديرات المعلمين وتقديرات الذات.

إن المرحلة التي تأتي بعد الكشف والتعرف هي مرحلة التشخيص النفسي والتربوي الذي يقوم به عادة الفريق متعدد الاختصاصات، وهناك عدد من الطرق المختلفة لتقييم الشخصية منها مقاييس تقدير السلوك وأدوات التقدير الذاتي وقوائم الشطب ومقاييس مفهوم الذات (يحيى، 2000).

*** قياس وتشخيص الإضطرابات الانفعالية والسلوكية:**

من المقاييس المقننة والمستخدمة في مجال الاضطرابات الانفعالية السلوكية:

1 - اختبار رورشاخ أو بقع الحبر (Rorschach Spot of ink Scale)

2 - مقياس الشخصية لايزنك (Eysenk Personality Inventory, 1966)

3 - مقياس رسم الرجل لجودانف (Drow A man Test by Goodenough)

4 - اختبار تفهم الموضوع للكبار (Tematic Apperception test)

5 - اختبار تفهم الموضوع للصغار (Children Apperception test)

6 - قائمة السلوك الفصامي (Autism Behavior checklist by Kruge & Almond, 1978)

7 - مقياس السلوك التكيفي للجمعية الامريكية للتخلف العقلي (AAMD, Adaptive Behavior Scale, 1975 - 1981) وفيما يلي شرح لبعض الاختبارات المستخدمة في قياس وتشخيص الاضطرابات الانفعالية والسلوكية:

1- مقياس بيركس لتقدير السلوك:

يعتبر مقياس بيركس من اشهر المقاييس المستخدمة ويتمتع بدرجة ثبات وصدق عالية

وهو من المقاييس الفردية ويستخدم في قياس وتشخيص مظاهر الاضطرابات الانفعالية للأفراد منذ سن (6) سنوات ويتألف هذا المقياس من 110 فقرة موزعة على (19) مقياساً هي:

1 - الافراط في القلق Excessive Anxiety وعدد فقراته (5).

2 - الافراط في لوم الذات Excessive Self - Blame وعدد فقراته (5).

3 - الاعتمادية الزائدة Excessive Dependency وعدد فقراته (6).

4 - الانسحابية الزائدة Excessive Withdrawal وعدد فقراته (6).

5 - ضعف قوة الأنا Poor Ego Strength عدد فقراته (7).

6 - ضعف القوة الجسمية Poor Physical Strength وعدد فقراته (5).

7 - ضعف التآزر الحسي حركي Poor Coordination وعدد فقراته (5).

8 - تدني القدرة العقلية Poor Intellectuallity وعدد فقراته (7).

9 - تدني التحصيل الأكاديمي Poor Academic Achievement وعدد فقراته (5).

10 - ضعف الانتباه Poor Attention عدد فقراته (5).

11 - ضعف القدرة على ضبط الاستجابات Poor Impulse Control وفقراته (5).

12 - ضعف الاتصال مع الواقع Poor Reality Contact وفقراته (8).

13 - المعاناة المبالغ فيها Excessive Suffering وفقراته (7).

14 - ضعف الإحساس بالهوية Poor Sense of Identity وفقراته (5).

15 - صعوبة ضبط الغضب Poor Anger Control وفقراته (5).

16 - العدوانية المبالغ فيها Excessive Agressiveness وفقراته (6).

17 - الإحساس بالظلم المبالغ فيه Excessive Persecution وفقراته (5.

18 - العناد المبالغ فيه Excessive Resistance وفقراته (5).

19 - صعوبة الانضباط الاجتماعي Poor Social Conformity وفقراته (8).

2- مقاييس السلوك التكيفي

يتوفر العديد من المقاييس لقياس السلوك التكيفي أهمها مقياس الجمعية الامريكية لقياس السلوك التكيفي A.A.MD Adaptive Behavior Scal ومقياس فينلاند للنضج الاجتماعي Social Maturity وقائمة السلوك التكيفي للأطفال. Adaptive Behavior In- ventory for Children, ABIC وتختلف هذه المقاييس في طريقة بنائها والجوانب التي تقيسها إلا أنها في الغالب تقيس درجة ملاءمة سلوك الطفل في ظل مجموعة من المهمات النمائية المتوقع منه تحقيق درجة من الكفاية في أدائها في كل المراحل العمرية مختلفة. أي أن مقاييس السلوك التكيفي تقيس درجة انسجام سلوك الطفل مع مجموعة من التوقعات الاجتماعية لمن هم في مثل سنه، وتتضمن هذه المقاييس فقرات تقيس الاستقلالية الذاتية في أداء مهمات الحياة اليومية والمهارات الحركية واللياقة البدنية والمهارات اللغوية والعلاقة مع الاقران والقدرة على تحمل المسؤولية (الصمادي وآخرون، 1995).

ويعتبر مقياس السلوك التكيفي التابع للجمعية الامريكية للتخلف العقلي من المقاييس المعروفة في قياس السلوك التكيفي لدى الأطفال المعاقين عقلياً والمضطربين انفعالياً وسلوكياً ذوي الاضطرابات النمائية، ويهدف هذا المقياس إلى التعرف على جوانب السلوك التكيفي وغير التكيفي لدى الأطفال المعاقين عقلياً والمضطربين انفعالياً ويتكون هذا المقياس من (95) فقرة تشمل السلوك التكيفي (Adaptive Behavire) وعددها (56) فقرة والسلوك اللاتكيفي (Maldaptive Behavire) وعددها (39) فقرة. أما أبعاد المقياس فيشمل السلوك التكيفي الأبعاد التالية: الوظائف الاستقلالية والنمو الجسمي والنمو اللغوي والنشاط المهني والنشاط الاقتصادي والأرقام والوقت والتوجه الذاتي وتحمل المسؤولية والتنشئة الاجتماعية. أما القسم الثاني فيتضمن الوظائف التالية: وهي السلوك العدواني والسلوك النمطي والسلوك التشكيكي والسلوك التمردي والسلوك الانسحابي، واستخدام العقاقير والميل إلى النشاط الزائد والعادات السلوكية غير المناسبة والسلوك الايذائي للذات والعادات الصوتية غير المرغوبة والسلوك العصابي.

3 - **المقاييس الاسقاطية مثل بقع الحبر لروشاخ واختبار رسم الرجل واختبار تفهم الموضوع للكبار والصغار**

- **اختبار تفهم الموضوع:** TAT Thematic Apperception Test

اختبار تفهم الموضوع أو كما يطلق عليه اختبار التات .T.A.T، اختصاراً للحروف الأولى من اسم الاختبار الكامل باللغة الإنجليزية

ويعتبر هذا الاختبار اليوم واحداً من أكثر الاختبارات الإسقاطية شيوعاً، إذ يستخدم على نطاق واسع في أعمال العيادات النفسية وفي دراسة الشخصية، حيث أصبحت الاختبارات الإسقاطية من الأدوات المهمة التي يستعان بها في الوقت الحاضر للوقوف على الجوانب المختلفة للشخصية وتشخيص الحالات السوية والمرضية ومعرفة ما يعانيه الفرد من مشكلات.

تدور فكرة هذا الاختبار حول تقديم عدداً من الصور الغامضة نوعاً ما، ودعوة المفحوص إلى تكوين قصة أو حكاية تصف ما يدور بالصورة، وتتحدث عن أحوال الأشخاص والأحداث التي تجرى فيها، ثم يقوم الأخصائي بدراسة ما يقدمه المفحوص من فهم أكثر عمقاً لشخصيته ودينامياتها حيث إن القصص التي يقدمها المفحوص تكشف عن مكونات مهمة في شخصيته على أساس نزعة الناس إلى تفسير المواقف الغامضة بما يتفق وخبراتهم الماضية ورغباتهم الحاضرة وأمالهم المستقبلية.

أنواع الخدمات المقدمة للأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً:

أولاً: الخدمات التربوية: تعتبر من أهم الخدمات التي يجب تقديمها للأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً، وذلك للآثار التي يتركها الاضطراب على قدرات الطلاب التعليمية والتحصيلية.

- **المرتكزات والأفكار الرئيسية في الخدمات التربوية:**

1 - تعتبر ظاهرة تربية الأطفال المضطربين وتعليمهم ظاهرة حديثة نسبياً.

2 - يزود الأطفال المضطربين ببعض الخدمات في غرفة الصف مع توفير الدعم النفسي والاجتماعي.

3 - قد يحول بعض الطلاب إلى صفوف تربية خاصة بدوام جزئي أو كلي.

4 - قد يحول بعض الأطفال المضطربين إلى مراكز التربية الخاصة النهارية.

5 - يجب أن تؤخذ الاحتياجات الفردية بعين الاعتبار عند التخطيط لأي برنامج تربوي.

● **البرامج التي يقدمها معلم الصف العادي:**

يجب أن يكون معلم الصف العادي مدرباً على دمج الأطفال المضطربين في المدرسة العادية سواءً بوجود الخدمات الداعمة من شخص مدرب أم دونها، وهناك أربعة طرق يستطيع معلم الصف العادي من خلالها التدخل لوضع برامج مناسبة للمضطربين، هي:

أ - الوقاية: يستطيع المعلم توفير جو مناسب من الصحة النفسية، بحيث يساعد الأطفال على التعامل مع القلق والإحباط والعدوان، وذلك من خلال تعامله الإنساني معهم وتقبلهم والثبات والوضوح في تعامله معهم، ومراعاة الفروق الفردية بين التلاميذ.

ب - الإحالة: يعتبر المعلم أول من يكتشف حاجة الطفل لبرامج التدخل المتخصصة، حيث يصبح المعلم مع الخبرة ذو حساسية عالية في التعرف على مشاعر الطلاب وانفعالاتهم.

جـ - الخطة التربوية الفردية: يجب أن يكون المعلم قادراً على اتخاذ القرارات المناسبة لتعليم الطفل والتي تشمل اختيار البيئة المناسبة، والبرنامج العلاجي المناسب مما يؤهله لوضع الخطة التربوية الفردية المناسبة، وذلك بالتعاون مع معلم التربية الخاصة.

د - التعاون والتنسيق في تقديم الخدمات: حيث يتعاون فريق من الأخصائيين في وضع الخطة التربوية بالإضافة إلى المعلم والأهل. (Panl & Epanchin, 1992)

● **الأسس الرئيسية في تدريس المضطربين سلوكياً وانفعالياً:-**

1 - توفر خصائص معينة في معلمي الأطفال المضطربين انفعالياً أهمها الرغبة في العمل مع هؤلاء الأطفال وتقبلهم والتحلي بالصبر والمثابرة على العمل معهم.

2 - التعليم الفردي، حيث يتم تعليم هؤلاء الأطفال بطريقة فردية عن طريق الخطة التربوية الفردية والخطة التعليمية الفردية.

3 - تحويل بعض حالات الاضطراب إلى غرفة المصادر بحيث يتلقى هؤلاء المساعدة اللازمة من قبل معلم غرفة المصادر ثم العمل على إعادتهم مرة أخرى إلى الصفوف العادية.

4 - تنظيم الأنشطة الهادفة والتي تعمل على تفريغ النشاط الانفعالي.

5 - توظيف أساليب تعديل السلوك في تدريس الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً وذلك بعد تحديد السلوك غير المرغوب فيه إجرائياً أو السلوك المرغوب فيه ومن ثم تحديد الطرق المناسبة لتعديل السلوك، مثل طرق التعزيز الإيجابي أو السلبي أو النمذجة أو التشكيل، وغيرها.

6 - تحديد الأهداف التربوية المتوقعة من الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً والعمل على تحقيقها.

7 - العمل على دمج الطلاب ذوي الاضطرابات البسيطة والمتوسطة ما أمكن في الصفوف العادية.

8 - العمل على تدريس مهارات الحياة الأساسية لحالات الاضطرابات الشديدة.

الاعتبارات التربوية عند دمج الأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية في المدارس العادية:-

1 - يجب على مدرس الأطفال العاديين أن يسأل مدرس التربية الخاصة عن سلوك الطفل المضطرب ليكون توقعاته عنه، ولكي يعمل على احتوائه في الفصل العادي.

2 - أن يتعرف المدرس على الاتجاهات السلبية الموجودة عند الطفل نحو البيئة الاجتماعية.

3 - على المدرس أن يعلم الطفل ماهية السلوكيات المسموح بها وغير المسموح بها.

4 - يجب أن يكون هناك قواعد عامة للسلوك فعلى المدرس أن يطبق مبدأ الثواب والعقاب في حالة ظهور السلوك المرغوب فيه وغير المرغوب فيه. (يحيى، 2000) .

ثانياً: الخدمات النفسية: هناك عدد من البرامج والخدمات النفسية المفيدة في إعادة تأهيل الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً، ومن هذه الخدمات خدمات العلاج النفسي والإرشاد النفسي وتعديل السلوك وغيرها.

ثالثاً : الخدمات الطبيّة: وتتضمن هذه الخدمات العناية بالأم الحامل قبل عملية الولادة وأثناءها وبعدها، وإجراء الفحوصات الجسدية والعقلية العامة والتحاليل الطبية للأطفال، وإعطاء العلاج المناسب تحت إشراف طبي.

رابعاً: الخدمات الاجتماعي: يوجد عدد من الخدمات الاجتماعية التي يجب توفيرها للأطفال المضطربين وعائلاتهم، ومن هذه الخدمات تسهيل السكن والخدمات العامة وخدمات إعادة التأهيل المهني.

ضبط سلوك المضطربين سلوكياً وانفعالياً:-

هناك عدد من الأساليب والطرق التي نستطيع من خلالها ضبط سلوك المضطربين، ويتبع كل منها اتجاهاً أو نظرية معينة، وتستخدم خطوات علاجية خاصة بها حسب تفسير هذا الاتجاه لظاهرة الاضطراب السلوكي والانفعالي، مثل العلاج بالعقاقير أو العلاج بتغيير نمط التغذية ونوعها أو العلاج السلوكي. ومن أهم هذه الاتجاهات ما يلي:

1 - **الاتجاه السلوكي:** ينظر أصحاب هذا الاتجاه إلى السلوك المنحرف أو الشاذ بأنه سلوك متعلم، وحيث إن السلوك المنحرف متعلماً لذا يجب فحص بيئة الطفل عن كثب، فالعوامل البيئية ليست فقط تثير الاستجابات ولكنها تحافظ على استمرارية هذه الاستجابات عن طريق تعزيزها. إن الأطفال غالباً ما يتعلمون سلوكاً غير مرغوب فيه وذلك بسبب أن الوالدين أو المعلمين يعززون مثل هذا السلوك، أو أن الأطفال يفشلون في تطوير سلوكيات مناسبة لأعمارهم بسبب أن هذه السلوكات قد عززت.

ويستخدم الاتجاه السلوكي استراتيجيات تعديل السلوك لتعديل السلوكيات غير المرغوب فيها أو اكساب الأفراد سلوكيات مرغوب فيها.

أما خطوات تعديل السلوك فهي:

1 - تحديد السلوك المستهدف.

2 - تعريف السلوك المراد تعديله إجرائياً.

3 - قياس السلوك المستهدف.

4 - تحديد الهدف السلوكي.

5 - تصميم برامج تعديل السلوك (اختيار الأسلوب أو الأساليب المناسبة لتعديل السلوك).

6 - تنفيذ البرنامج.

7 - تقييم فعالية البرنامج (الخطيب، 1997).

ومن أهم إستراتيجيات تعديل السلوك التي تعمل على تقوية السلوك التكيفي والمحافظة على استمراريته ما يلي:-

1) التعزيز: ما ينص عليه مبدأ التعزيز هو أن الإنسان يميل إلى تكرار السلوك الذي يعود عليه بنتائج إيجابية أو يخلّصه من التعرض لنتائج سلبية، وعليه فإن هناك نوعين من التعزيز هما:

أ - **التعزيز الإيجابي**: وهو إضافة مثير إيجابي بعد حدوث السلوك المرغوب مباشرة مما يؤدي إلى زيادة احتمال حدوث السلوك في المستقبل في المواقف المماثلة، وهذا النوع من التعزيز من أكثر أساليب تعديل السلوك استخداماً. ومن أشكال المعززات الإيجابية المعززات الغذائية والمادية والرمزية والنشاطات الاجتماعية.

ب - **التعزيز السلبي**: وهو الذي يعمل على إزالة أو إيقاف المثيرات السلبية المنفرة ويسمى هذا النوع من التعزيز بالسلبي لأنه يزيل ولا يضيف المثير. ومن الأمثلة على التعزيز السلبي أو لبس معطف في يوم بارد.

2) **التشكيل**: وهو تعزيز الاستجابات التي تقترب تدريجياً من السلوك النهائي المراد الوصول إليه.

3) **النمذجة**: وهي تشتمل على قيام المعلم أو شخص آخر (النموذج) بتعليم الطفل كيف يفعل شيئاً ما، ومن ثم الطلب منه أن يقلب ما شاهده ولتحقيق ذلك يحتاج الطفل إلى التشجيع والانتباه والتعزيز.

4) **التعليم المبرمج**: ويشتمل على تنظيم المادة التعليمية على هيئة وحدات صغيرة ومتسلسلة منطقياً، وتتضمن كل وحدة معلومات محددة وتتطلب استجابات معينة من التعلم وتوفر تغذية مناسبة حول صحة الاستجابات التي تصدر عن المتعلم.

5) **برامج الاقتصاد الرمزي**: تستخدم بهدف إحداث تغييرات سريعة في سلوك الأطفال

المضطربين وذلك من خلال زيادة دافعيتهم وزيادة احتمالات قيامهم بالسلوك المناسب، وتتضمن برامج الاقتصاد الرمزي العناصر الرئيسية التالي:-

أ - تزويد الأطفال بمعلومات توضح لهم الاستجابات التي ستؤدي إلى التعزيز.

ب - قواعد واضحة تبين كيفية استبدال المعززات الرمزية بالنشاطات أو الأشياء المعززة (المعززات الداعمة).

6) **التسلسل**: والذي يقوم على مبدأ تحليل المهمة Task Analysis وذلك من خلال تجزئة المهمة المطلوبة من التلميذ أداؤها إلى عدد من الخطوات ومن ثم الشروع في تدريبه إياها خطوة خطوة إلى أن تكتمل المهمة.

7) **التعاقد السلوكي**: يعتبر من الأدوات الفعالة لتنظيم الاستجابات الأكاديمية والاجتماعية لدى الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً. ويشمل هذا الأسلوب تحديد السلوك المتوقع من الطفل، وإيضاح المكافأة التي سيحصل عليها بعد تأديته لذلك السلوك، ويتم تحديد المهمة السلوكية والمعزز في عقد مكتوب وموقع بين الطرفين المعلم والطفل (Malker & Shea. 1980)

*** إستراتيجيات خفض السلوك غير التكيفي:**

1) **العقاب**: وهو الإجراء الذي تؤدي فيه توابع السلوك إلى تقليل احتمالات حدوثه في المستقبل في المواقف المماثلة، ويأخذ ذلك أحد الشكلين التاليين:

أ - إضافة مثيرات سلبية أو منفرة.

ب - إزالة مثيرات إيجابية أو تعزيزية.

ولما كانت سلبيات العقاب كثيرة فإن المبدأ الأساسي في تعديل السلوك هو الإكثار من الثواب والتقليل من العقاب ومن أهم أشكال العقاب العزل، وثمن الاستجابة والتصحيح الزائد.

أ- **العزل**: ويعتبر أحد الإجراءات الفعالة لتقليل السلوكيات غير المرغوب فيها، وهو شكل من أشكال الإجراء المسمى الإقصاء عن التعزيز الإيجابي. ويعرّف العزل على أنه نقل الطفل من البيئة المعززة إلى بيئة غير معززة تسمى غرفة العزل لا يتوفر فيها

التعزيز لفترة زمنية محدودة، ومن ثم إعادته إلى فصله أو مكان نشاطه المعتاد. وهناك شكل آخر من العزل وهو أن يعزل الطفل جانباً ليراقب الأطفال الآخرين، وهذا هو الشكل المفضل تربوياً.

ب- **تكلفة الاستجابة:** وتشير إلى أن قيام الشخص بالسلوك غير المرغوب فيه سيكلفه شيئاً ما، وذلك الشيء هو فقدان جزء من المعززات التي في حوزته. بعبارة أخرى يشتمل هذا الإجراء على أخذ جزء من المعززات من الفرد بعد تأديته للسلوك المستهدف غير المرغوب فيه مباشرة وذلك بهدف تقليل احتمال حدوثه في المستقبل.

جـ- **التصحيح الزائد:** يستند إلى عبارة أن على الإنسان الذي يسيء التصرف أن يتحمل نتائج سلوكه، وهذا الإجراء يشتمل على إرغام الشخص أن يعيد الوضع إلى حال أفضل من الذي كان عليه قبل القيام بالسلوك غير المناسب، أو أن يتم إرغام الشخص في حالة قيامه بالسلوك غير المقبول على تأدية سلوك بديل له لفترة زمنية محددة.

(عبد العزيز، 2001).

2 - **الاتجاه البيئي (The Ecological Approach)**.

إن الاضطراب حسب وجهة نظر الاتجاه البيئي لا يوجد داخل الأفراد أنفسهم وإنما يؤكدون أن مشكلة الأطفال المضطربين انفعالياً وسلوكياً تتفاعل مع عناصر البيئة المختلفة المحيطة به مثل (المدرسة، العائلة ، المجتمع والاطار الاجتماعي السائد في المجتمع) وفي هذا الاتجاه يعتقدون أن الطفل المضطرب إنما هو عرض وليس السبب في حدوث الاضطراب حيث أن الإضطرابات تكون نتيجة لعدد متنوع من الظروف منها:-

1 - الأوضاع داخل غرفة الصف. حيث إن وجود التنافس الشديد بين الطلاب وعدم ملاءمة المنهاج والمتطلبات الأكاديمية وأسلوب المعلم التسيبي أو التسلطي والاثارة العالية أو المتدنية في البيئة التعليمية تسبب في حدوث المشكلات الانفعالية والسلوكية داخل النظام الصفي.

2 - الانفكاك بين البيئات: ويقصد بذلك إن هناك مشاكل كثيرة يواجهها الأطفال الذين

يطلب منهم التكيف مع بيئات تختلف جذرياً مع بعضها ففي كثير من الأحيان يكون هناك تعارضاً كبيراً بين متطلبات البيت والمدرسة، أو بين معلم وآخر وهذه الصراعات قد تفرز أفراداً لا يستطيعون التعامل معها وبالتالي حدوث الاضطراب الانفعالي والسلوكي لهم. (Pual & Epanchin, 1992).

ولذلك يركز أنصار الاتجاه البيئي في التدخلات العلاجية على تفاعلات الفرد مع بيئته سواء أكانت في المدرسة. الأسرة، المجتمع، الإطار الإجتماعي السائد لأن الاضطراب الانفعالي والسلوكي ينتج عن تفاعل الفرد مع هذه البيئات. حيث يجب الأخذ بعين الاعتبار لأي برنامج علاجي النظام الاجتماعي وعائلة الطفل المضطرب والأفراد الذين يتفاعل معهم وغرفة الصف وهناك ثلاثة مجالات رئيسية للعلاج بالأسلوب البيئي وهي:-

1 - إحداث تغيير في الطفل.

2 - إحداث تغير في البيئة.

3- إحداث تغيير في الاتجاهات والتوقعات.

هذا ويشير بعض الباحثين أنه كلما ازداد التباعد بين سلوك الطفل وعدم القدرة على الاستجابة لمتطلبات البيئة كلما اشتدت الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لديه لذلك فهناك حاجة ملحة لتقديم العلاج للطفل الذي تدهورت العلاقة بينه وبين بيئته وتتم المعالجة بالأسلوب البيئي عن طريق واحدة من الأساليب التالية:-

1 - العمل مع الطفل ويتم ذلك عن طريق:

أ - تعليم الطفل مهارات جديدة.

ب - ايجاد بيئات أكثر ملائمة للطفل.

جـ - اشراكه في أنشطة تتناسب وقدراته.

د - توفير المصادر الضرورية له.

2 - العمل مع الكبار ويتم ذلك عن طريق:

أ - تغيير مدركات الكبار نحو الطفل ومشكلته.

ب - بناء توقعات تتناسب مع قدرات الطفل.

جـ - زيادة فهمهم ومعرفتهم بالطفل.

3 - العمل مع المجتمع ويتم ذلك عن طريق:

أ - توفير مصادر أكثر للمدرسة.

ب - السماح بإشراك الطفل في أنشطة المجتمع بصورة أكبر.

جـ - تطوير روابط تعاون بين المدرسة والمجتمع.

4 - تطوير نماذج جديدة للعلاج ويتم ذلك عن طريق:

أ - نظام المدرسة المفتوحة.

ب - التركيز على الوقاية.

جـ - تدريس الصحة النفسية. (السرطاوي، سيسالم، 1987)

3 - الاتجاه الانساني (The Humanistic Approach)

وتكمن المشكلة الرئيسية كما يراها هذا الاتجاه هي أن الأطفال المضطربين انفعالياً وسلوكياً لا يمكنهم الإحساس بمشاعرهم الخاصة ولا يجدوا معنى أو رضا ذاتياً من الظروف التربوية التقليدية، ولذلك يركز هذا الاتجاه فيما يتعلق بالتدخلات العلاجية على توفير جو يتسم بالتقبل والتسامح وإن فهم الطفل لنفسه يزداد إذا أعطي حرية التعبير عن ذاته، وذلك لمواجهة مشكلاته وحل الصراعات التي يعاني منها. ويرى القائمون على هذا الاتجاه ومن بينهم روجرز وغيره أن مسؤولية العلاج يجب أن تقوم به هيئات خاصة أو مراكز علاجية معينة وأن المدرسة بنظمها لا تصلح أن تكون مكاناً للعلاج. إلا أنه يتطلب من المدرسين مراعاة أمور معينة لكي يساعدوا المراكز العلاجية في عملها ومنها:-

1 - يجب أن يتناسب العمل مع قدرة الطفل حتى يشعر بالنجاح.

2 - النشاط المخطط للطفل يجب أن يكون وفق ميوله وقدراته.

3 - يجب أن يكيف المنهاج بما يتلاءم مع الطفل.

4 - أن تتميز العلاقة بين المدرس والطفل بالثقة والحب.

5 - توفير الظروف المناسبة لتشجيع الطفل على الاشتراك في النشاط الجماعي.

ويمكن ملاحظة أن هذه التوجيهات لا تهدف إلى علاج الطفل بقدر ما تهدف إلى تطوير الجو المدرسي بصفة عامة والبعد عن النظام التقليدي.

4 - **الإستراتيجية النفسية الدينامية (Psgchodynamic Startegy)** يشير أصحاب هذه الاستراتيجية أن مشكلة الاضطراب الانفعالي السلوكي يكمن في عدم التوازن في الاجزاء الدينامية في الدماغ، وكذلك في مكونات الشخصية (الهو، والأنا، الأنا الأعلى) ولذلك يركز هذا الاتجاه على تعليم الطفل وتزويده بالمهارات اللازمة لكي يساعد نفسه ويدرك حاجاته الخاصة ورغباته ومخاوفه.

وفي هذه النظرية المعلم هو المعالج الذي يتعامل مع الاضطراب وذلك لأنه يركز على الفرد نفسه ومنهاجه وخبرات النجاح لديه، لذلك يجب العمل على زيادة مستوى الانتباه لدى الفرد والعمل على التركيز على المشاعر الحالية وليس على الماضي (Kirk, 1989)

بعض أشكال الاضطرابات السلوكية والانفعالية:

(1) **العدوان:**

يعتبر العدوان أحد الخصائص الرئيسية التي يتصف بها كثير من الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً.

- تعريف العدوان: وهو أي سلوك يعبر عنه بأي رد فعل بهدف إيقاع الأذى أو الألم بالذات أو بالآخرين أو إلى تخريب ممتلكات الذات أو ممتلكات الآخرين.

- مظاهر السلوك العدواني: يأخذ العدوان الأشكال الرئيسية التالية:

1 - العدوان الجسدي ويقصد به السلوك الجسدي المؤذي الموجه للذات أو للآخرين مثل الضرب، الدفع، شد الشعر، .... إلخ.

2 - العدوان اللفظي وهو يقف عند حدوث الكلام مثل الشتم والسخرية والتهديد.

3 - العدوان الرمزي ويشمل التعبير بطرق غير لفظية عن احتقار الآخرين أو توجيه الإهانة لهم، مثلاً النظر بطريقة ازدراء وتحقير للآخرين.

● **أسباب السلوك العدواني:**

1 - العوامل العضوية: هناك علاقة بين العدوان من جهة والاضطرابات الكروموسومية والهرمونية والعصبية من جهة أخرى.

2 - الإحباط: يعتقد البعض أن العدوان إنما هو نتيجة طبيعية للإحباط، والإحباط هو أي شيئ يحول بين الإنسان وبين الهدف الذي يسعى إلى تحقيقه.

3 - الغريزة: يعتقد البعض أن العدوان إنما هو ظاهرة سلوكية غريزية وإذا لم يستطع الإنسان توجيه العدوان نحو الآخرين فهو سيوجهه نحو ذاته.

4 - التعلم: أصبحت وجهة النظر الأكثر قبولاً هي تلك التي تتعامل مع هذا السلوك بوصفه سلوكاً اجتماعياً متعلماً وكانت النظرية السلوكية هي التي أوضحت تجريبياً أثر الخبرات التعليمية الاشراطية على مستوى السلوك العدواني. ويبرز السلوكيون أهمية الدور الذي تلعبه العوامل التالية في تطور العدوان:

أ - ملاحظة الوالدين والإخوة والأقران والتلفاز، أي النمذجة.

ب - مدى الفرصة المتاحة لممارسة العدوان.

جـ - المكافأة الخارجية والداخلية (تعزيز خارجي وذاتي)

د - العقاب، حيث أن وقف العدوان من خلال معاقبة الطفل قد تزيد عدوانيته.

وغالباً ما يتم قياس السلوك العدواني وتشخيصه من خلال الطرق التالية:

1) الملاحظة المباشرة.

2) قياس السلوك من خلال نتائجه.

3) اختبارات الشخصية.

4) تقديرات المعلمين.

5) تقدير الأقران.

ومن أبرز استراتيجيات تعديل السلوك المستخدمة في تعديل السلوك العدواني ما يلي:

1) **التعزيز التفاضلي**: أي تعزيز السلوكيات الاجتماعية المرغوب فيها وتجاهل السلوكيات الاجتماعية غير المرغوب فيها.

2) **العزل**: حيث يتم إبعاد الطفل عن البيئة المعززة إلى بيئة غير معززة لفترة زمنية معينة عند قيام الفرد بالسلوك العدواني.

3) **التصحيح الزائد**: يشمل هذا الأسلوب على إرغام الطفل العدواني على إصلاح الأضرار التي نجمت عن سلوكه أو القيام بممارسة سلوك بديل للعدوان وذلك مباشرة بعد قيامه بالسلوك العدواني.

4) **النمذجة**: ويتم خفض السلوك العدواني عن طريق تقديم نماذج لاستجابات غير عدوانية للطفل ويمكن مساعدة الطفل عن طريق لعب الأدوار.

5) **تكلفة الاستجابة**: يشتمل هذا الإجراء على أخذ جزء من المعززات من الفرد بعد تأديته للسلوك العدواني مباشرة وذلك بهدف تقليل احتمالات حدوثه في المستقبل. (عبد العزيز، 2001)

2) **الانسحاب:**

يعتبر الانسحاب أحد الخصائص الرئيسية التي يتصف بها كثير من الأطفال المضربين سلوكياً وانفعالياً

● تعريف الانسحاب: هو الميل إلى تجنب التفاعل الاجتماعي والإخفاق في المواقف الاجتماعية بشكل مناسب والافتقار إلى أساليب التواصل الاجتماعي.

ومن أسباب الانسحاب الاجتماعي ما يلي:

1 - وجود تلف في الجهاز العصبي المركزي أو اضطراب في عمل الهرمونات في الجسم.

2 - خوف الطفل من الآخرين بسبب خبرات سلبية سابقة.

3 - وجود نقص في المهارات الاجتماعية عند الفرد.

4 - رفض الأباء لأبنائهم بقصد أو بدون قصد.

5 - الخجل، وهو من أكثر أسباب الانسحاب الاجتماعي شيوعاً.

6 - وجود إعاقة عند الطفل تسبب له سلوك العزلة والانطواء.

ويقاس الانسحاب الاجتماعي بالطرق التالية:-

1 - الملاحظة الطبيعية

2 - تقديرات المعلمين.

3 - تقديرات الأقران.

وتعتبر أساليب تعديل السلوك من أهم الأساليب فاعلية في خفض السلوك الانسحابي ومن هذه الأساليب:

1 - تشكيل السلوك الاجتماعي المناسب ويكون ذلك باتباع الخطوات التالية:

أ) تحديد السلوك المستهدف وتعريفه.

ب) تحديد السلوك المدخلي عن طريق اختيار استجابة قريبة من السلوك الاجتماعي المستهدف.

ج) اختيار معززات فعالة.

د) الاستمرارية في تعزيز السلوك المدخلي.

هـ) الانتقال تدريجياً من مستوى أداء إلى مستوى أداء أخر للسلوك الاجتماعي للوصول إلى السلوك النهائي المرغوب اجتماعياً.

2 - **النمذجة**، وهو مساعدة الطفل على تقليد نموذج يقوم بسلوك اجتماعي مقبول وتعزيزه.

3 - **التلقين والإخفاء**: فالتلقين هو إجراء يشتمل على الاستخدام المؤقت لمثيرات تمييزية إضافية مساعدة، وذلك بهدف زيادة احتمال أداء الطفل للسلوك الاجتماعي المستهدف، ويقسم التلقين إلى ثلاثة أنواع: جسدي، لفظي، إيمائي. أما الإخفاء فهو الإزالة التدريجية للتلقين وذلك بهدف مساعدة الفرد المنسحب على أداء السلوك الاجتماعي المستهدف باستقلالية. (Hallahan & Kauffman, 1992)

4 - **التدريب على القيام بالمهارات الاجتماعية باستخدام أسلوب النمذجة ولعب الأدوار.**

(3) التوحد:

على الرغم من أن التوحد لا يُعد من الاضطرابات السلوكية أو الانفعالية وإنما

اضطراب في النمو، إلا أن استراتيجيات تعديل السلوك تعتبر من أبرز البرامج المستخدمة مع أفراد هذه الفئة.

ويعتبر تعريف الجمعية الوطنية للأطفال التوحيديين هو الأكثر قبولاً بين المهنيين في تعريف التوحد، ويشير التعريف إلى أن التوحد: هو عبارة عن المظاهر المرضية الأساسية التي تظهر قبل أن يصل عمر الطفل إلى 30 شهراً، ويتضمن الاضطرابات التالية:

1) اضطراب في سرعة أو تتابع النمو.

2) اضطراب في الاستجابات الحسية للمثيرات.

3) اضطراب في الكلام واللغة والمعرفة.

4) اضطراب في القلق أو الانتماء للناس والأحداث والموضوعات.

أما الجمعية الأمريكية للتوحد فتعرف التوحد على أنه إعاقة في النمو تتصف بكونها مزمنة وشديدة تظهر في السنوات الثلاثة الأولى من العمر وهو محصلة لاضطراب عصبي يؤثر سلبياً على وظائف الدماغ.

خصائص التوحد:

قد يحدث التوحد منفرداً أو مصاحباً لاضطراب آخر يؤثر على وظائف الدماغ مثل اضطرابات الأيض، والالتهابات الفيروسية، وفي الحالات الشديدة قد يقوم الطفل التوحدي بإظهار أنماط عنيفة في إيذاء الذات والسلوك النمطي. كما أن بعض الأطفال والمصابين بالتوحد يعانون من ضعف عقلي شديد، في حين أن أطفالاً آخرين يظهرون قدرات مميزة في الحساب أو الذاكرة أو الفن ويفتقرون إلى أي مهارات اجتماعية وبعض الأطفال لا يتكلمون .

ويبدو على الطفل المصاب بالتوحد كثير من السمات التالية:

- عندما يكون رضيعاً لا يستجيب للحمل والاحتضان.
- لا يبدوا عليهم أنهم يعرفون ويعون وجوه هويتهم الشخصية ويحاولون دائماً اكتشاف أجسادهم.
- التعلق الاستحواذي بأشياء معينة.

- تنتابه نوبات غضب عنيفة أو يعض نفسه.
- تفتقد أصواتهم إلى النغمة أو التعبير.

الاضطرابات الأساسية للأطفال التوحديين:

1) مشكلات تؤثر على اللغة: لدى أطفال التوحد مشكلات في التعبير اللغوي الذي يتراوح ما بين البكم إلى الكلام الترددي.

2) استجابات غير عادية للخبرات الحسية.

3) فحوصات بصرية غير عادية حيث يدرك الأطفال التوحديين الأشياء المتحركة أكثر من الثابتة.

4) مشكلات في التقليد الحركي: لا يميز الأطفال المفاهيم مثل يسار، يمين، فوق، تحت،... الخ.

5) مظاهر من عدم السواء في الوظائف الاستقلالية والضبط الداخلي والنمو والتطور الجسمي.

6) مهارات خاصة: إن الطفل التوحدي لديه بعض الجوانب التي يكون أداؤه فيها جيداً وهي على نوعين:

1 – مهارات استقلالية غير لفظية كالتي تشاهد عند الأطفال البكم.

2 – المهارات التي تعتمد على الذاكرة ولكن لا يستطيعون توظيف هذه القدرات بطريقة عملية أو وظيفية ملائمة.

(Heward & orlanxy, 1988)

اشكال السلوك الصفي للأطفال التوحديين:

هناك اتفاق عام على أن الفقر الاجتماعي صفة أولية للطفل التوحدي، وبما أن التوحديين يمكن أن يتواجدوا في البيئة المدرسية فعلى المعلمين أن يتعرفوا على ما يلي:-

1 – الاستجابة غير الكافية: من صفات الطفل التوحدي أنه لا يستجيب حتى لوالديه في كثير في الأحيان، خاصة عندما تستخدم معه أساليب التواصل العادية.

2 - نقص في اللعب التخيلي: فهم غير قادرون على الدخول في اللعب الرمزي فهم لا يستخدمون الألعاب في لعب رمزي وإنما يعاملون الأشياء بغرابة مثل تحريكها وشمها.

3 - السلوك التخريبي: يتضمن ثورات الغضب والعدوان الموجه نحو الذات والآخرين مثل العض على الوجه وغيرها.

4 - الإثارة الذاتية: وهي ردود الأفعال والحركات النمطية مثل شد الشعر وغيرها، ويؤثر هذا السلوك بشكل سلبي وكبير على التعليم والسلوكيات المناسبة التي يقوم بها الطفل التوحدي.

5 - نقص الدافعية: وتظهر من خلال عدم استجابة الأطفال التوحديين للمثيرات الاجتماعية من حولهم، وكذلك عدم الانتباه وإهمال المكافآت الاجتماعية التي تقدم لهم من قبل الآخرين.

6 - ضعف القدرة على نقل الإنجازات التي يحققها الطفل التوحدي في المواقف التعليمية إلى بيئات ومواقف أخرى.

مع مراعاة أنه ليس بالضرورة ظهور هذه السلوكات جميعها لدى الأطفال التوحديين.

*** علاقة التوحد ببعض الإعاقات**

التوحد والإعاقة العقلية:

عندما إقترح كانر(Kanner) محكات لتشخيص التوحد، أشار إلى أن التوحديين لديهم قدرات معرفية جيدة ولكن هناك بعض الباحثين مثل رتغو وفريمان أشارا إلى أن حوالي 75% من التوحديين قدرتهم العقلية في حدود الإعاقة العقلية.

وعلى الرغم من أن الأداء الوظيفي للتوحديين والمعوقين عقلياً متشابه إلا أن هناك تفاوتاً يظهر من خلال أدائهم المهمات التي تتطلب ذاكرة قصيرة المدى أو مهارات إدراك حركي في حين يكون أداؤهم أقل في المهمات اللفظية. بينما يكون أداء المعوقين عقلياً منخفضاً ومتساوياً في جوانب الأداء. (القريوتي وآخرون، 1995) وهناك عدد من الأمور التي تميز التوحديين عن المعاقين عقلياً وهي:-

1 - الأطفال المعوقين عقلياً يتعلقون بالآخرين ولديهم وعي اجتماعي أما التوحديون فلا يوجد لديهم تعلق بالآخرين حتى مع وجود ذكاء متوسط لديهم.

2 - التوحديون لديهم القدرة على التعامل مع المهمات غير اللفظية وخاصة الإدراك الحركي والبصري وهذه القدرة عير موجودة لدى الأطفال المعوقين عقلياً.

3 - قد تكون اللغة غير موجودة لدى التوحديين وإن وجدت فقد تكون غير عادية أما الأطفال المعوقين عقلياً فتكون لغتهم بمقدار نسبة ذكائهم.

4 - العيوب الجسمية موجودة اكثر عند الأطفال المعوقين عقلياً منها عند التوحديين.

5 - قد يتميز بعض الأطفال التوحديين ببعض المهارات الخاصة مثل الذاكرة. الفن. الرياضة...الخ ولا توجد هذه المهارات لدى المعاقين عقلياً.

6 - تختلف أشكال السلوكات النمطية التي يظهرها الأطفال التوحديين عن أشكال السلوكات النمطية التي تصدر عن المعاقين عقلياً.

*** التوحد وفصام الطفولة:**

استخدم التوحد سابقاً بوصفه أحد الأعراض الرئيسة للاضطرابات النفسية (الفصام) ولذلك كان يطلق على الأطفال التوحدين الفصاميين ويوجد هناك فروق حديثة نسبياً بين التوحد والفصام ومنها :-

1 - التوحديون غير قادرين على استخدام الرموز واللغة أما الفصاميون فهم قادرون على ذلك.

2 - التوحديون لا يطورون علاقات اجتماعية مع الآخرين بينما الفصاميون يمكن أن يطوروا علاقات مع الآخرين.

3 - الهلاوس والأوهام أعراض أساسية عند الفصاميين أما التوحديون فلا توجد هذه الإضطرابات عندهم.

4 - يحدث التوحد قبل الشهر 30 من عمر الطفل أما الفصام فيحدث بعد ذلك سواء في بداية المراهقة أو غيرها من المراحل النمائية.

- **التوحد واضطراب التواصل:**

وجد أنه قد يكون هناك تشابه بين التوحديين وذوي الاضطرابات اللغوية، ولكن يوجد هناك اختلافات نستطيع التمييز بينهما حيث أن المضطربين لغوياً يستخدمون الايحاءات وتعبيرات الوجه أي وسائل الاتصال غير اللفظي عندما يفشلون في استخدام اللغة كوسيلة للتواصل مع الآخرين، أما التوحديون فلا يستطيعون استخدام الإيماءات والحركات بديلاً لغوياً، ولكنهم عادة ما يلجأون إلى تكرار الكلام أي القيام بحركات نمطية متكررة.

- **التوحد واضطرابات السمع والبصر:-**

الانسحاب الاجتماعي وعدم الراحة من تغيير الروتين سلوكات تصدر عن الطفل الأصم، وهذه السلوكات تشبه السلوكات التي تصدر عن الأطفال التوحديين ومع وجود هذا التشابه فإننا يمكن أن نميز بينهما في هذه السلوكات حيث تعتبر هذه السلوكات ثانوية بالنسبة للطفل الأصم ولكنها تعتبر أساسية لدى الأطفال التوحديين، وبشكل عام معظم الأطفال التوحديين لا يعتبرون من فئة الصم ولذلك يجب استبعاد الصمم عند تشخيص الطفل التوحدي أما بالنسبة للمكفوفين فإن الحركات النمطية التي تصدر عنهم تشبه إلى حد بعيد الحركات النمطية التي تصدر عن الطفل التوحدي.

*** الأساليب العلاجية التي تستخدم مع الطفل التوحدي:**

في السابق كان التدخل العلاجي للطفل التوحدي يتم عن طريق استخدام أسلوب التحليل النفسي، وذلك بسبب الاعتقاد أن التوحد ناتجاً عن اضطراب انفعالي ولذلك كان التدخل العلاجي يتم على مرحلتين:-

الأولى: يتم من خلالها تزويد الطفل التوحدي من قبل المعالج بمهارات لتجنب الإحباط والثبات الانفعالي.

أما الثانية: فهي تركز على تطوير المهارات الاجتماعية، وتتضمن تأجيل الإشباع والإرضاء حيث أن معظم برامج التدخل العلاجي التي يقوم بها عادة المعالجين النفسيين كانت تأخذ على شكل جلسات للمريض الذي يجب أن يقيم مكان محدد وغالباً ما يكون في المستشفى. للسيطرة على المثيرات البيئية التي تحيط بالطفل التوحدي وتقديم بيئة مناسبة للطفل من الناحية الانفعالية والاجتماعية.

(القريوتي وآخرون 1995)

كذلك تستخدم طريقة العلاج البيئي، وتعتمد هذه الطريقة على تقديم برامج اجتماعية وذلك عن طريق التشجيع والتعزيز وتزويد الطفل بالمهارات اللازمة لتطوير العلاقات الاجتماعية.

و تستخدم أساليب تعديل السلوك التي تعتمد على استخدام أساليب التعزيز الايجابي لتطوير مهارات اجتماعية وشخصية عند الطفل التوحدي، وتقدم إجراءات تعديل السلوك على أسس موضوعية، ويشارك في هذه البرامج بالإضافة إلى المتخصصين من معدلي السلوك، الأهل، الأقران، المعلمين وغيرهم من الأشخاص القريبين من الطفل وتخضع إجراءات تعديل السلوك للتقييم المستمر كذلك تستخدم أساليب العلاج التي تركز على تطوير المهارات اللغوية والنطقية عند الطفل التوحدي وذلك عند طريق إجراءات تهدف إلى تحسين التواصل اللغوي والذي يعتبر مشكلة أساسية عند الطفل التوحدي.

وبشكل عام يمكن استخدام الأساليب العلاجية التالية في معالجة التوحد وهي:-

1 - تنمية الاتصال عن طريق التدريب الحسي والحس حركي والتدريب المتعدد الحواس للطفل التوحدي.

2 - التركيز على الأحاسيس وتنميتها.

3 - علاج مهارات التواصل.

4 - التدريب السمعي.

5 - العلاج الوظيفي.

6 - التغذية والدواء.

7 - استخدام برامج تعديل السلوك لتزويد الطفل التوحدي بمهارات التواصل الاجتماعي وبمهارات العناية الذاتية ومساعدته على التخلص من السلوكات غير التكيفية التي يعاني منها.

الفصل الثامن

8

اضطرابات التواصل

* مقدمة.
* تطور النمو اللغوي.
* تعريف اضطرابات التواصل.
* مظاهر اضطرابات التواصل.
* نسبة انتشار اضطرابات التواصل.
* أسباب اضطرابات التواصل.
* قياس وتشخيص اضطرابات التواصل.
* خصائص ذوي اضطرابات التواصل.
* الخدمات التي يقدمها معلم الصف العادي للمضطربين لغوياً وكلامياً.

اضطرابات التواصل

مقدمة

تعتبر اللغة وسيلة مهمة وأساسية ويتم من خلالها التواصل مع الآخرين في المجتمع، ومن خلال اللغة يستطيع الفرد التعبير عن ذاته. وتقسم اللغة إلى لغة لفظية من خلال الكلام أو لغة غير لفظية، ويتم ذلك من خلال الايماءات أو الاشارات أو الحركات، وتتطلب عملية الاتصال الاجتماعي مرسل ومستقبل ووسيلة للاتصال سواء أكان الاتصال مباشراً أو غير مباشر.

ويستخدم مصطلح التواصل للإشارة إلى عملية التفاعل الاجتماعي بين الأفراد، والذي يتضمن ارسال أو استقبال الأفكار والمعلومات، ويتم خلال عملية التواصل التعبير عن الحاجات والرغبات وقد يكون التواصل لفظياً أوغير لفظي مثل الإيماءات والحركات.

ويتطلب التواصل باستخدام اللغة والكلام إرسال رسائل لفظية ذات معنى، واستقبال هذه الرسائل. أي بمعنى آخر إن عملية الاتصال أو التواصل بحاجة إلى مرسل ومستقبل ووسيلة للإتصال.

أما اللغة فهي مجموعة من الرموز والقواعد المتفق عليها اجتماعياً لاستخدامها لإيصال الأفكار والمعلومات. وتتكون اللغة من العناصر التالية:-

1 - الأصوات: وهي نظام الأصوات الكلامية في اللغة وتستخدم اللغات واللهجات أصواتاً مختلفة.

2 - التراكيب: وهي نظام خاص لبناء شكل الكلمات في اللغة كالأفعال اللغوية وغيرها والنحو يعتبر جزءاً من التراكيب وهو يمثل قواعد اللغة.

3 - المعاني: ويشير إلى معاني الجمل والمفردات والتي تكون الجمل التي يعبر عنها لغوياً.

تطور النمو اللغوي:

إن دراسة النمو اللغوي تبين لنا أن هذا المظهر من النمو يمر بالمراحل التالية:

- الصراخ حيث يستخدم الطفل الصراخ ليعبر عن انفعالات معينة، فقد يصرخ الطفل بسبب الألم أو الجوع أو الخوف.

- المناغاة وفي هذه المرحلة يصدر الطفل أصواتاً عشوائية ومتنوعة ولا يعتبر السمع ضرورياً لظهور المناغاة. فالمناغاة نشاط انعكاسي يحدث نتيجة استثارة الطفل داخلياً عن طريق الاحساس الاستكشافي للشفتين واللسان والحلق ولذلك فلا عجب أن يقوم بالمناغاة جميع الأطفال بمن فيهم الصم.
- التلفظ واللغو: وتعتبر استجابات عامة عند الأطفال تظهر عادة عندما يثار الطفل لشيء يراه أو يسمعه، وغالباً ما يكون التلفظ واللغو مصحوباً بنشاط حركي في اليدين أو الأرجل، ويظهر ذلك خلال الشهور الأربع الأولى ويعتمد ذلك على سلامة الأعصاب الحسيّة ومراكز الدماغ.
- تقليد الأصوات: ويكون عمر الطفل في هذه المرحلة حوالي تسعة شهور يبدأ الطفل في هذه المرحلة بتقليد الأصوات التي يسمعها من الآخرين سواء فهمها أو لم يفهم هذه الأصوات. وهذه المرحلة تعتبر أساسية ومهمة لتشكيل اللغة الاستقبالية عند الطفل.
- النطق والكلام: تظهر قدرة الطفل على النطق في بداية السنة الثانية وتعتبر السنة الأولى هي مرحلة الكلمة الواحدة فعندما ينطق الطفل بكلمة معينة فإن لها دلالات كثيرة لا يدركها إلا الطفل فإذا نطق طفل ما بكلمة "كرة" فقد تعني أريد كرة أو أن الكرة ابتعدت عني. وفي السنة الثانية يبدأ الأطفال بربط الكلمات ليكون جملاً قصيرة من كلمتين.

ويرتبط النمو اللغوي عند الأطفال بالقدرة العقلية للطفل وسلامة أجهزة النطق عنده وثراء البيئة الاجتماعية والثقافية وهذا ما يفسر الفروق الفردية بين الأطفال في النطق.

تعريف اضطرابات التواصل:

يمكن تعريف اضطرابات التواصل بأنها اضطراب ملحوظ في الاستخدام الطبيعي للنطق أو الصوت أو الطلاقة الكلامية أو التأخر اللغوي، أو عدم تطور اللغة التعبيرية أو اللغة الاستيعابية، الأمر الذي يؤدي إلى حاجة الفرد إلى برامج تربوية خاصة.

وتعتمد شدة اضطراب التواصل على عدة عوامل منها:

1 - موقع التلف في الأجهزة المرتبطة بالكلام واللغة.

2 - درجة التلف في الأجهزة المرتبطة بالكلام واللغة.

3 - وجود أو عدم وجود إضطرابات متعددة في الكلام واللغة.

4 - العوامل المسببة لاضطراب الكلام واللغة.

(Haring, 1982)

تميِّز الرابطة الامريكية للكلام واللغة والسمع بين نوعين من اضطرابات التواصل الأول: هو اضطراب الكلام وهو عبارة عن خلل في الصوت أو لفظ الأصوات الكلامية أو في الطلاقة النطقية، وهذا الخلل يتم ملاحظته أثناء إرسال الرموز اللفظية من قبل الآخرين.

أما الثاني فهو اضطراب اللغة وهو عبارة عن خلل في تطور واستخدام الرموز اللفظية الكلامية أو المكتوبة للغة، والاضطراب قد يشمل جميع جوانب اللغة التالية أو إحداها وفي شكل اللغة (مثل القواعد والتراكيب أو محتوى اللغة أي المعاني أو وظيفة اللغة وهو الاستخدام الاجتماعي للغة (Bernstien & Teigerman 1989).

مظاهر اضطرابات التواصل

يميز معظم الباحثين بين نوعين رئيسيين من اضطرابات التواصل هما:

أ - اضطرابات النطق أو الكلام: وهي اضطرابات تنتج بسبب مشكلات في حركات الشفاه واللسان والفك وقد لا يكون لهذه الاضطرابات أسباب عضوية واضحة، وإنما تعزى إلى أسباب بيئية مثل الحرمان البيئي أو المشكلات الانفعالية. التي يعاني منها الفرد. وتشمل الاضطرابات النطقية المظاهر التالية:

1 - الحذف (Omission): وفي هذه الحالة يقوم الطفل بحذف حرفاً أو أكثر من الكلمة وقد لا ينطق الطفل الحرف الساكن أو قد يتوقف بشكل متقطع أثناء القراءة (مثلاً قد ينطق الطفل كلمة مدسة بدلاً مدرسة).

2 - الإضافة (Addition) : في هذه الحالة يقوم الطفل بإضافة حرفاً جديداً أو أكثر إلى الكلمة المنطوقة فمثلاً ينطق الطفل كلمة كرات بدلاً من كرة.

3 - الإبدال (Substitution) : وفي هذه الحالة يقوم الطفل بتبديل حرف بحرف أخر من حروف الكلمة، وتحدث هذه المشكلة عند الأطفال الصغار في السن حيث يقوم الطفل

بإبدال لفظ الشين بالسين أو لفظ الثاء بالسين ويعتبر هذا الإبدال أكثرها شيوعاً عند الأطفال ،فقد يلفظ الطفل كلمة سراب بدلاً من شراب.

4 - التشويه (Distortion) : وفي هذه الحالة تكون مخارج الحروف غير سليمة عندما ينطق بها الطفل، وهذا ينعكس على كلامه فيكون مشوهاً أو منحرفاً مثل إطلاقه لصوت الصفير عند محاولته نطق حرف السين.

أما بالنسبة لاضطرابات الكلام فهي التي تتعلق بتنظيم الكلام وسرعته وطلاقته ونغمته وتشتمل اضطرابات الكلام على المظاهر التالية:

1 - السرعة الزائدة في الكلام ويكون المتكلم سريعاً في نطق الكلمات، ويصاحب سرعة الكلام مظاهر انفعالية غير عادية، ويؤثر ذلك في تواصل الفرد مع الآخرين وتفاعلهم معه لعدم قدرتهم على فهم حديثه.

2 - التأتأة في الكلام: ويكرر المتكلم الحرف عدة مرات أو قد يتردد في نطقه أيضاً لعدة مرات، أو قد يعمل على إطالة الأصوات أو يصدر المتكلم أصواتاً اعتراضية خاطفة أثناء الكلام ،ويصاحب هذه الحالة مظاهر انفعالية وجسمية غير عادية، ويصاحب التأتأة في الكلام عادة سلوكاً تجنبياً من قبل الفرد، وتؤثر في مفهوم الفرد لذاته بشكل سلبي وذلك لعدم قدرته على التحدث بالطريقة الطبيعية مع الآخرين. وهناك عدة أسباب تؤدي إلى هذه المشكلة ومن أهمها الاضطرابات الفسيولوجية العصبية. واضطرابات التفكير وكذلك الصراعات الانفعالية وقد تكون سلوكاً متعلماً بفعل النمذجة والتعزيز (الخطيب، الحديد، 1997)

3 - الوقوف أثناء الكلام: في هذه الحالة يتوقف المتكلم عن الحديث أثناء الكلام، الأمر الذي يشعر المتلقي أن المتحدث قد أنهى كلامه، مع أنه لم ينهي كلامه ويصاحب هذه الحالة مظاهر انفعالية غير عادية وتؤثر على مفهوم الفرد لذاته بشكل سلبي وذلك لصعوبة التعبير عن ذاته اتجاه الآخرين.

ب - اضطرابات اللغة: وهذه الاضطرابات تتعلق باللغة من حيث انحرافها أو ضعفها أو تأخرها أو سوء تركيبها من حيث معناها وقواعدها أو صعوبة القراءة أو الكتابة ويمكن توضيح مظاهر اضطرابات اللغة بما يلي:-

أ - تأخر ظهور اللغة: وتتأخر ظهور الكلمة الأولى التي ينطق بها الطفل عن المعدّل الطبيعي لظهورها وهي السنة الأولى من عمر الطفل. فقد ينطقها الطفل في السنة الثانية أو الثالثة أو أكثر. ويترتب على تأخر ظهور الكلام عند الطفل مشكلات في التواصل مع الآخرين.

ب - فقدان القدرة على الكلام أو الحبسة الكلامية (Aphasia): وهنا لا يستطيع الطفل التعبير عن نفسه بصورة لفظية واضحة ومفهومة، ولا يستطيع فهم اللغة المنطوقة من قبل الآخرين وتصاحب هذه الحالة مظاهر انفعالية غير عادية ويكون الفقدان للنطق إما فقداناً كلياً أو جزئياً في اللغة التعبيرية، وذلك نتيجة إصابة عضوية في مراكز اللغة في الدماغ بسبب الحوادث أو الجلطة الدماغية.

جـ - صعوبة القراءة(Dyslexia): ويجد الفرد هنا صعوبة في القراءة وهي من مظاهر اضطرابات صعوبات التعلم. ويكون مستوى الفرد هنا أقل مما هو متوقع منه مقارنة بالفئة العمرية التي ينتمي إليها الفرد.

د - صعوبة الكتابة (Dysgraphia)

وهنا يجد الفرد صعوبة في كتابة الكلمات أو الجمل بشكل صحيح أي أقل مما هو متوقع منه بمقارنة الفئة العمرية التي ينتمي اليها الفرد.

هـ - صعوبة تكوين الجمل (Language Deficit) وهنا يجد الفرد صعوبة في تركيب وتكوين الجمل بشكل صحيح، فهو يعمل على تركيب الجملة بشكل منحرف وليس لها معنى، وقواعد اللغة ليست صحيحة.

و - صعوبة فهم الجمل والكلمات (Agnosia)

ويجد الفرد في هذه الحالة صعوبة في فهم معنى الجملة أو الكلمة التي يستقبلها من الآخرين، ويميل الفرد هنا إلى تكرار هذه الجمل أو الكلمات بالرغم من عدم فهمه لها. (الروسان، 2000)

نسبة انتشار اضطرابات التواصل

تقدر نسبة انتشار اضطرابات التواصل بحوالي 4% وهي نسبة مرتفعة مقارنة بنسب انتشار الاعاقات الأخرى وغالباً ما يكون الأطفال من ذوي الاعاقات العقلية والسمعية والجسمية وصعوبات التعلم؛ وذوي الاضطرابات الانفعالية يعانون من اضطرابات التواصل وهذه الاضطرابات تؤثر على النمو المعرفي والسلوك الاجتماعي بشكل سلبي للفرد.

(Cartwrigh & etal, 1989)

وتعتبر المشكلات النطقية أكثر اضطرابات التواصل شيوعاً حيث تبلغ ما يقارب من 80% من أشكال اضطرابات التواصل ويرى بعض الباحثين أن هناك صعوبة في تقدير عدد الذين يعانون من اضطرابات التواصل، وذلك بسبب وجودها كمشكلات مصاحبة للإعاقات الأخرى وليس كمشكلة رئيسية كذلك اختلاف المجتمعات التي أخذت منها عينات الدراسة لمعرفة نسبة انتشار اضطرابات التواصل ففي دراسة أجريت من الولايات المتحدة الأمريكية اشارت ان حوالي 3 - 5% من الأطفال عندهم في سن المدرسة يعانون من اضطرابات تواصل بدرجة شديدة وأشارت الدراسة كذلك إلى ارتفاع نسبة اضطرابات النطق مقارنة بالاضطرابات التواصل الأخرى.

(Heward, orlansky, 1988)

وأشار كل من كيرك وجلوفر (Kirk & Gallagher 1989) في دراستهما أن اضطرابات التواصل تزداد في الصفوف الابتدائية الأولى، وتقل في الصفوف العليا حيث أشار إلى أن حوالي 7% من التلاميذ في الصف الأول يعانون من اضطرابات التواصل، بينما تشكل النسبة حوالي 1% في الصف الثالث الابتدائي وتشكل 0,2% في الصف الثالث ثانوي.

أسباب اضطرابات التواصل:

هناك أسباب متعددة تؤدي إلى الإصابة باضطرابات التواصل، ومن أهم هذه الأسباب:

1 - الأسباب العضوية: قد يكون السبب في اضطرابات التواصل اضطرابات كروموسومية أوفسيولوجية أونمائية يتعرض لها الفرد وتسبب خللاً أو ضعفاً في الأجهزة العضوية المسؤولة عن الكلام واللغة.

وقد يكون الاضطراب الكروموسومي مسؤولاً عن اضطرابات التواصل ومن الأمثلة على ذلك إصابة الفرد بما يعرف بالشفة الأرنبية (Cleftlip) ويعتقد أن إصابة الفرد بهذه الحالة سببه اضطرابات جينية عند الفرد، كذلك فإن اضطرابات التواصل الموجودة عند المعاقين عقلياً كما هو الحال في عرض داون قد تكون ناتجة عن خلل جيني واضطراب كروموسومي.

نستطيع القول أن أي خلل في سلامة الأجهزة المسؤولة عن النطق واللغة يؤدي إلى خلل واضح في سلامة اللغة وخلوها من الاضطرابات، سواء أكان ذلك متعلقاً بالقدرة على النطق أو اللغة نفسها، وتشمل العوامل البيولوجية والعضوية التأخر النمائي وعدم النضج فالأطفال الذين يعانون من تأخر لغوي غالباً ما يعانون من تأخر في مظاهر النمو الحركي والمعرفي وغيرها من مظاهر النمو.

2 - الأسباب العصبية: وهي الأسباب المرتبطة بالجهاز العصبي المركزي وما يحدث لهذا الجهاز من تلف أو إصابة سواء أكان ذلك قبل أو أثناء أو بعد عملية الولادة، وذلك لأن الجهاز العصبي المركزي يلعب دوراً كبيراً وهاماً ويكون مسؤولاً عن النطق واللغة ومن الأمثلة على ذلك الأطفال المصابين بالشلل الدماغي يعانون من صعوبة في تحريك الفكين والشفتين واللسان ولديهم مشكلات في القدرات العقلية الإدراكية مما يؤثر على النمو اللغوي عند هؤلاء الأطفال وذلك بسبب التلف الدماغي المسؤول عن إصابته بالشلل الدماغي.

3 - أسباب مرتبطة بالتنشئة الاجتماعية: حيث تلعب أساليب التنشئة الاجتماعية دوراً كبيراً في حدوث اضطرابات التواصل، فتعزيز الوالدين لأطفالهم الذين يظهرون التأتأة أو السرعة الزائدة في الكلام أوالتلعثم يعمل بمثابة تثبيت هذه السلوكيات عند الأطفال بفعل التعزيز الذي يتلقونه من الوالدين أو تعرض الأطفال لضغوط نفسية وجسدية كالعقاب الجسدي من قبل الوالدين أو غيرهم. وأظهرت الدراسات العلاقة الارتباطية الواضحة بين مظاهر اضطرابات التواصل وسوء التكيف الأسري كالدراسة التي قام بها فان ريبر (Van Riper, 1972)

4 - الأسباب المرتبطة بالإعاقات الأخرى حيث تظهر اضطرابات التواصل كصفة ظاهرة عند الأفراد من ذوي الإعاقات العقلية حيث تتميز هذه الفئة بتأخر ظهور اللغة والتوقف أثناء الكلام.

أما بالنسبة لذوي الاعاقات السمعية فتتميز إضطرابات التواصل في صعوبة الاستقبال والتعبير اللغوي وفي الحالات الشديدة تظهر ظاهرة غياب اللغة.

أما بالنسبة للمضطربين انفعالياً وسلوكياً فتتميز اضطرابات التواصل في السرعة الزائدة أثناء الكلام والتأتأة والإضافة، والإبدال، والحذف وتشويه اللغة.

وبالنسبة لذوي صعوبات التعلم فتتميز اضطرابات التواصل عند هذه الفئة في فقدان القدرة على النطق (Aphasia) وحالات صعوبة القراءة (Dyslexia) وحالات صعوبة الكتابة (Dysgrphia) وصعوبة فهم الجمل والكلمات وصعوبة تركيب الجمل.

قياس وتشخيص اضطرابات التواصل

يتطلب قياس وتشخيص اضطرابات التواصل مشاركة فريق متعدد الاختصاصات حيث يضم بجانب أخصائي السمع، أخصائي التربية الخاصة، وأخصائي النطق، والأخصائي النفسي، والأخصائي الإجتماعي، وتمر عملية التشخيص والقياس للأطفال ذوي اضطرابات التواصل في أربع مراحل رئيسية وهي:-

المرحلة الأولى: مرحلة الكشف الأولي على الأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية (Screenig)

ويتم في هذه المرحلة ملاحظة المشكلات اللغوية التي يعاني منها الطفل عن طريق تقديرات الآباء والمعلمين وخاصة مدى استقبال الطفل للغة والمشكلات اللغوية مثل التأتأة أو السرعة الزائدة في الكلام أو غيرها من المشكلات اللغوية، وهذه المرحلة هي مرحلة الكشف الأولي من قبل الآباء والمعلمين والأقران، أو التقدير الذاتي حيث يتم تحويل الأطفال ذوي المشكلات اللغوية إلى أخصائي القياس والتشخيص لاضطرابات التواصل.

المرحلة الثانية: مرحلة الفحص الطبي الفسيولوجي (Physical Diagnosis)

وفي هذه المرحلة يتم تحويل الأطفال ذوي المشكلات اللغوية إلى أخصائي أنف وأذن وحنجرة وذلك لمعرفة مدى سلامة هذه الأجهزة من ناحية فسيولوجية ولتحديد هل أن اضطراب التواصل الذي يعاني منه الطفل يعود لأسباب سمعية أم لا.

المرحلة الثالثة: مرحلة اختبار القدرات عند الطفل ذوي اضطرابات التواصل (Diagnosis of Abilities)

وفي هذه المرحلة وبعد عملية الفحص الفسيولوجي للتأكد من استبعاد الأسباب العضوية للاضطرابات اللغوية يتم تحويل هؤلاء الأطفال إلى الأخصائيين في الإعاقة العقلية والسمعية وصعوبات التعلم والشلل الدماغي وذلك لاستبعاد وجود أي من هذه الإعاقات عند الطفل ذوي المشكلات اللغوية عن طريق تطبيق الاختبارات ذات العلاقة بهذه الاعاقات وذلك بسبب العلاقة المتبادلة بين هذه الاعاقات والمشكلات اللغوية التي يعاني منها الفرد. (الروسان 2000)

المرحلة الرابعة: مرحلة تشخيص مظاهر اضطرابات التواصل (Diagnosis of Language Disorders)

وفي هذه المرحلة يتم استخدام الاختبارات ذات العلاقة لقياس وتشخيص مظاهر اضطرابات التواصل من قبل اخصائيين ومن أهم هذه الاختبارات:

1 - مقياس المفردات اللغوية (Peabody Picture vocabulary PPVT. 1959, 1965):

يعتبر هذا المقياس من المقاييس التشخيصية ويستخدم مع الأطفال الذين يعانون من اضطرابات لغوية تعبيرية لأن فقراته تتطلب استخدام الاشارات وليس الكلام وهو من مقاييس المفردات اللغوية المصورة. ويتكون هذاالمقياس من صورتين ويستخدم مع الأفراد من سن 2 - 18 سنة ويمكن أن يقوم بتطبيقه متخصص في التربية الخاصة أو أخصائي نفسي أو لغوي وهذا المقياس هو عبارة عن مجموعة من الصور حيث يطلب فيها من المفحوص أن يؤشر على واحدة منها كما هو الحال في اختبار ريفن.

2 - مقياس المهارات اللغوية للمعوقين عقلياً (Language Skills Scale) ويتكون هذا المقياس من 81 فقرة موزعة على خمسة أبعاد وهذه الأبعاد هي:-

أ - الاستعداد اللغوي المبكر.

ب - التقليد اللغوي المبكر.

جـ - المفاهيم اللغوية الأولية.

د - اللغة الاستقبالية.

هـ - اللغة التعبيرية.

3 - اختبار الينوي للقدرات السيكولغوية - (illions Test psycholing . uistic Abilities) ويتكون هذا الاختبار من اثني عشر اختباراً فرعياً ويطبق هذا الاختبار على الأطفال من الفئة العمرية من سن الثانية وحتى سن العاشرة.

4 - اختبار مايكل بست لصعوبات التعلم

Behavioral Charactertistics of learrning diabled children, by mykle bust. (1969)

يتكون هذا الاختبار من أربع وعشرين فقرة موزعة على خمسة أبعاد وهي:-

1 - اختبار الاستيعاب السمعي.

2 - اختبار اللغة

3 - اختبار المعرفة العامة

4 - اختبار التناسق الحركي.

5 - اختبار السلوك الشخصي والاجتماعي

(الروسان، 1999)

خصائص ذوي اضطرابات التواصل:

تعتبر فئة الأطفال من ذوي اضطرابات التواصل كبيرة وخصائصها متباينة وذلك لارتباط اضطرابات التواصل بمظاهر الإعاقة العقلية والسمعية والانفعالية وصعوبات التعلم والجسمية، الأمر الذي يؤدي إلى صعوبة تحديد خصائص محددة على صعيد المظاهر النمائية العقلية أو الجسمية أو الانفعالية أو المعرفية لهذه الفئة إلا أنه يمكن الإشارة إلى خصائص عامة أشارت إليها بعض الدراسات وأشار كل من هالاهان وكوفمان (Hallahan & Kauffman, 1972) أن مستوى أداء الأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية على مقاييس القدرة العقلية متدنٍ مقارنة بالأطفال العاديين، كذلك الحال فيما يتعلق بالتحصيل

والسلوك التكيفي وذلك لأن نسبة كبيرة من ذوي الاضطرابات اللغوية والكلامية هم من ذوي الإعاقة العقلية والجسمية وصعوبات التعلم والسمعية والانفعالية.

أما فيما يتعلق بالخصائص الانفعالية والاجتماعية لهذه الفئة فتتصف بمستويات عالية من القلق والتوتر وعدم الثقة بالنفس والاحباط والشعور بالذنب، والقيام بسلوكيات غير تكيفية كالسلوك العدواني والشعور بالرفض من قبل الآخرين، والانسحاب من المواقف الاجتماعية والشعور بالفشل، وقد تصدر هذه الاستجابات عن الفرد من ذوي الاضطرابات اللغوية والكلامية بفعل اتجاهات الآخرين نحوه وتوقعاتهم منه فقد يعامل الفرد بطريقة مبالغ فيها من الحماية الزائدة أو الرفض والعزل.

أما بالنسبة للخصائص السلوكية للأطفال الذين يعانون من اضطرابات كلامية ولغوية فيمكن اجمالها بشكل عام بما يلي:-

1 - يواجه الأفراد الذين يعانون من ضعف في اللغة صعوبة التفكير في الكلمة المناسبة عندما يتكلمون، ويمكن التغلب على هذه المشكلة من خلال تدريب الأطفال الذين يعانون من هذه المشكلة على تنظيم استجاباتهم بصورة منطقية وذلك من خلال تقديم التعزيز لهؤلاء الأطفال عند طرح أكبر عدد ممكن من الكلمات التي ترتبط بفكرة معينة.

2 - يواجه الأطفال الذين يعانون من اضطرابات لغوية مشكلات في استخدام المعلومات اللفظية للوصول إلى استنتاجات ملائمة، ويمكن التخلص من هذه المشكلة عن طريق تدريب الأطفال على تجزئة وتحليل المهارات اللغوية إلى أجزاء صغيرة للوصول إلى تعلم المهارة اللغوية في نهاية المطاف.

3 - يواجه الأطفال الذين يعانون من اضطرابات في اللغة المنطوقة صعوبات في تعلم مفردات جديدة، ويمكن التغلب على هذه المشكلة عن طريق استخدام التعلم متعدد الحواس، فقد يجد الطفل الذي يعاني من مشكلات لغوية ضعفاً في معالجة المعلومات سمعياً ولذلك يجب إستغلال الصور ومشاهدة الأفلام والتعليم من خلال اللعب أو الدراما لتدريب الأطفال على تعلم مفردات جديدة ويتم ذلك من خلال استخدام طريقة الاعادة المتكررة والتعزيز.

4 - يواجه الأطفال الذين يعانون من اضطرابات في اللغة مشاكل في فهم الكلمات ذات المعاني المتعددة، فهم قد يعرفون معنى الكلمة ولكنهم يستخدمون هذا المعنى في مواقف غير مناسبة أي عدم القدرة على تعميم استخدام هذه الكلمات في المواقف المناسبة ولذلك يجب استخدام أسلوب التعليم الذي يركز على استخدام الأدوات والوسائل التعليمية التي تساعد في ترسيخ هذه الكلمات في ذهن المتعلم.

5 - يواجه الأطفال الذين يعانون من اضطرابات لغوية مشاكل في التكيف الاجتماعي فقد تكون استجاباتهم الاجتماعية غير ملائمة وذلك بسبب اعتماد النمو الاجتماعي على اللغة بشكل أساسي، حيث يواجه الأشخاص من ذوي المشكلات اللغوية والكلامية صعوبة في متابعة واستيعاب الكلام، وكذلك الانتقال من موضوع لآخر مما يؤدي إلى ظهور مستويات عالية من القلق والشعور بالذنب والاحباط، وقد يؤدي إلى العدوان الموجه إلى الذات أو الآخرين أو الممتلكات. ولمواجهة هذه المشاكل يجب أن يتوفر للطفل التعزيز والدعم والتفهم لمشكلته والعمل على تنمية قدراته اللغوية إلى اقصى درجة والعمل على تهيئة الظروف الاجتماعية والبيئية الملائمة للطفل والداعمة له.

الخدمات التي يقدمها معلم الصف العادي للمضطربين لغوياً وكلامياً:

أشار ويج (Wiig, 1982) أن معلم الصف العادي يستطيع أن يقدم خدمات تساعد في تسهيل التكيف الاجتماعي للفرد وكذلك تحسين المستوى التحصيلي والأكاديمي له وهذه الخدمات هي:-

1 - الإحالة: حيث يقوم بتحويل الطفل الذي يعاني من مشاكل لغوية وصعوبات تعلم إلى أخصائي طبي أو نطق أو اخصائي تربية خاصة لتحديد طبيعة المشكلة واجراء التقييم الملائم.

2 - المتابعة: حيث يعمل المعلم على متابعة مدى تحسن أداء الطفل الذي تقدم له خدمات علاجية، وتزويد الاخصائي بالتغذية الراجعة لمعرفة مدى تحسن واكتساب الطفل للمهارات اللغوية التي يدربه عليها الاخصائي اللغوي.

3 - إعداد الوسائل التعلمية المناسبة: حيث يعمل المعلم على تكييف الوسائل التعليمية والتربوية لتلبي حاجات وقدرات الأطفال الذين يعانون من اضطرابات لغوية وكلامية،

وتهيئة الظروف الصفية المناسبة للطفل التي تلبي حاجاته لتسهيل اكتسابه المهارات اللغوية.

4 - التعزيز والتشجيع: حيث يعمل المعلم على استخدام وسائل استراتيجيات التعزيز المختلفة للمساعدة على سرعة اتقان المهارات اللغوية التي يعمل الاخصائي على تزويدها للطفل.

(الخطيب، الحديدي، 1997).

الفصل التاسع

9 الإعاقة الحركية

* مقدمة.
* تعريف الإعاقة الحركية.
* تصنيف الإعاقة الحركية.
* أسباب الإعاقة الحركية.
* قياس وتشخيص الإعاقة الحركية
* الخصائص السلوكية للمعاقين حركياً.
* البرامج التربوية للمعاقين حركياً.

الإعاقة الحركية Motorically Handicapped

مقدمة:

يلاقي مفهوم الإعاقة الحركية جدلاً واسعاً بين العلماء حيث لم يتوصل هؤلاء العلماء إلى تحديد واضح ومحدد لمفهوم من هو المعاق حركياً، هل هو من يحتاج إلى مساعدة من قبل الآخرين من أجل التكيف مع المجتمع الذي ينتمي إليه هذا الشخص المعاق ؟ وإذا كان كذلك فما هي الآثار النفسية التي تترتب على ذلك.

يدور الاتفاق بين الباحثين حول الإعاقة الحركية على أنها ليست المقصودة بالإعاقة الجسمية وحالات الأمراض العارضة أو حتى المزمنة والتي بدورها لا تؤثر على قدرة الإنسان الطبيعية في أداء دوره الاجتماعي بل تعني الإصابة الجسدية التي لها صفة الدوام والتي تؤثر تأثيراً حيوياً على ممارسة الفرد لحياته الطبيعية سواء أكان تأثيراً كاملاً أو نسبياً. كما يمكن اعتبار كل ما يتصل بالعجز في وظيفة الأعضاء الداخلية للجسم سواء أكانت أعضاء متصلة بالحركة كالأطراف أوالمفاصل، أو أعضاء لها علاقة بعملية الحياة البيولوجية مثل القلب والكليتين والرئتين وغيرها إعاقة جسمية، لذلك يمكن اعتبار من لديهم عجز واضح في الجهاز الحركي أو البدني بصفة عامة مثل بتر جزء أو أكثر من أعضاء الجسم أوكسر الأطراف أو أحدهما. وكذلك المصابون بالأمراض المزمنة كأمراض القلب وشلل الأطفال وغير ذلك مما يعيق حركة الإنسان وتفاعله مع البيئة التي يوجد فيها، ويكون له أثر أيضاً على علاقاته الإجتماعية معاقون جسمياً أوحركياً. وهم بذلك يختلفون عن المعاقين حسياً، حيث يمكن اعتبار المعاق حسياً أنه شخص قدرته غير طبيعية أو متدنية في الاتصال بمن حوله وادراكه لما يدور حوله، وسبب ذلك عدم سلامة حواسه الحيوية المتمثلة في حاسة الشم والبصر واللمس والتذوق، أي أن المعاق حسياً هو شخص لديه عجز في أحد أجهزته الحسية مثل المكفوف أو الأصم أو الابكم وغير ذلك.

تعريف الإعاقة الحركية:

تقول الموسوعة النفسية إن غير القادر على التعلم هو فرد لم يستفد من برامج التعليم العادي المنظم، وهو فرد ليس بقاصر عقلياً وغير متضرر اجتماعياً أو محروم تربوياً وهو فرد لا يوجد أي أدلة تثبت أنه سويّ في انفعالاته وإذا وجدت فهي ليست حادة .

(الموسوعة النفسية ، ص 290).

وبما أن مدخلات العملية التربوية بجوانبها المتعددة والتي تضم تخطيط المناهج واستخدام الوسائل التعليمية، وإعداد المتعلم، واستخدام التقنيات التربوية الحديثة تركز في مجموعها وبنيتها النظرية على الطالب الفرد، وإثراء تعلمه، لذا لا بد من التأكيد على وضع الخطة التربوية والخطة التعليمية الفردية التي تلائم قدرات الفرد وتسعى لتطويرها حيث يصبح من الضروري على القائمين برسم السياسة التربوية مهما كانت أدوارهم أن يقوموا بالتأكد من طبيعة مخرجات تلك العملية.

يمكن تقسيم الإعاقة الحركية إلى قسمين:

1 - الإعاقة الناتجة عن الجهاز العضلي أو العظمي الشديدة، والتي تؤدي إلى عدم تمكن المعاق من التفاعل بشكل سليم مع المجتمع نتيجة هذه الإعاقة أو القصور.

2 - الإعاقة الجسمية الناتجة عن الأمراض المزمنة والتي يكون لها أثر سلبي على الأداء الحركي الطبيعي للجسم مثل بعض الأمراض المزمنة كمرض القلب وفقر الدم والسكري والكلى.

إن التعريف التربوي للإعاقة الجسمية يركز على التحصيل الدراسي للفرد، فتعريف المعاق حسب هذا المفهوم هو الشخص الذي يتأثر تحصيله الدراسي تأثيراً سلبياً بسبب الإعاقة الحركية والتي تعيق بدورها تفاعله مع المناهج المقررة على من هم في مثل سنه لذا فتحصيله لا يساوي تحصيل أقرانه.

أما التعريف العام للإعاقة الحركية فينص على أن الإعاقة الجسمية الحركية هي عجز أو قصور في جسم الإنسان يؤدي هذا العجز أو القصور إلى التأثير على قدرة الفرد على الحركة والتنقل، أو على قدرة الإنسان على التناسق في حركات الجسم، أو على قدرته على التواصل مع الآخرين بواسطة اللغة المكتوبة أو المنطوقة، وكذلك تؤثر هذه الإعاقة على قدرة الفرد المعاق على التوافق الشخصي وكذلك على التعلم.

وبناء على ذلك فإن العجز يختلف عن الإعاقة، لأن العجز هو عبارة عن ضعف عضوي أو جسمي يمكن ملاحظته من قبل الأطباء ويمكن وصفه بموضوعية ويمكن قياسه بأدوات القياس الخاصة بهذا العجز مثل الشّلل الذي يصيب أحد الأطراف أو جميعها أوفقدان احدها أوغير ذلك بينما الإعاقة هي تأثير العجز الناتج عن أداء الفرد في مواقف معينة

لذا فهو يعكس علاقة نفسية جسمية معقدة تشير إلى النتيجة التراكمية كالحواجز والعوائق التي يتعرض لها الفرد، ويكون لها دور بارز في قدرته على تأدية وظائفه إلى الحد الأقصى الذي يستطيع الوصول إليه لولا وجود هذه الإعاقة لذا فمن قطعت رجله مثلاً قد لا يعقه ذلك عن تأدية وظائفه في الحياة اليومية التي يعيشها وذلك بسبب التقدم العلمي الذي نعيش فيه في هذه الأيام، حيث يمكن للأطباء وضع أيدي صناعية وأرجل صناعية يمكن أن تؤدي دور اليد العادية أوالرجل العادية والتي في كثير من الاحيان قد لا يفرق الشخص العادي بين اليد أو الرجل الطبيعية والصناعية مثلاً. لذا فمصطلح العجز الجسمي Physical disabilaty يشير إلى البعد القابل للقياس كماً للحالة الموجودة عند الإنسان و يستطيع أن يقوم بهذا العمل الأخصائي في القياس والتشخيص. وقد عرف جير هارت(Gear Hart) المعاق بأنه طفل غير عادي إذا كانت حاجاته التعليمية والتربوية من نوع يختلف عما يتطلبه الطفل العادي أو المتوسط بحيث لا يمكن تعليمه بصورة فعالة دون توفير برامج تعليمية وتسهيلات ومواد ذات طبيعية خاصة (فوزية، 1993)

مما سبق نجد أن هناك اختلافاً بين العجز Disability والإعاقة]Handica لأن الإعاقة تعني العجز عن اداء الفرد في موقف أو مواقف متعددة فهو كما ذكر علاقة نفسية جسمية معقدة ويعطى دليلاً على النتائج التراكمية للحواجز والعوائق التي يفرضها العجز على الإنسان، من حيث قدرات هذا الإنسان على القيام بوظائفه إلى الحد الأقصى الممكن والأمثلة كثيرة جداً، مثال السائق قد يستخدم يديه بدل رجليه والطفل الذي لديه عجز جسمي قد لا يعتبر معاقاً إذا تمكن من التواصل مع الآخرين ولا تحد هذه الإعاقة من قدرته على الحركة والتنقل وهكذا.

أثر الإعاقة الجسمية على الفرد

يتحدد تأثير الإعاقة الجسمية على الفرد في ضوء عدة متغيرات من أهمها

أ - شدة الإعاقة

ب - مدى وضوح الإعاقة

جـ - العمر الزمني عند حدوث الإعاقة (Heward & Orlansky, 1988) فبعض الاعاقات الجسمية قد تفرض قيوداً على الفرد وتحرمه حرماناً شديداً من

استكشاف بيئته ومن التفاعل مع الآخرين فاكتشاف البيئة المحيطة بالطفل والتفاعل مع الأخرين يساعد في تطوير شخصية الفرد ويكسبه المهارات اللازمة للتفاعل مع المجتمع ويساهم في تحسين تكيفه مع مجتمعه وزيادة ثقته بنفسه فالتفاعل مع الأخرين واكتشاف البيئة يلعبان دوراً بارزاً في أمور عديدة منها النمو اللغوي والنمو العقلي والإجتماعي وهذه أمور مهمة يجب على الطفل أن يمر بخبراتها. ومن الأمور المهمة جداً أيضاً عمر الفرد عند حدوث هذه الإعاقة. فإذا حدثت الإعاقة في عمر مبكر للطفل في السنوات الأولى من حياته ونحن نعلم أن شخصية الفرد تتشكل في أغلبها في السنوات السبع أو الثماني الأولى من حياته. لذا فحدوث هذه الإعاقة خلال هذه الفترة يؤثر تأثيراً واضحاً في شخصية هذا الفرد.

وأشار الروسان إلى أن الإعاقة الحركية تمثل حالات الأفراد الذين يعانون من خلل في قدراتهم الحركية أو نشاطهم الحركي بحيث يؤثر ذلك على مظاهر نموهم العقلي والاجتماعي والانفعالي وهذا يستدعى الحاجة إلى التربية الخاصة ويندرج تحت ذلك العديد من مظاهر الاضطرابات الحركية أو الإعاقة الحركية والتي بدورها تستدعي الحاجة إلى خدمات التربية الخاصة ومنها حالات الشلل الدماغي واضطرابات العمود الفقري ووهن أو ضمور العضلات والتصلب المتعدد والصَّرع. (الروسان 1987).

كما يمكن تقسيم هذه الاعاقات إلى مشكلات عصبية، وهي المشكلات الناتجة عن إصابات في الجهاز العصبي المركزي (الدماغ والنخاع الشوكي) أوالمشكلات العضلية وهي مشكلات في العضلات والعظام تؤثر على قدرة الإنسان في الحركة والتنقل مما يؤدي إلى اضطرابات عديدة تؤثر في تفاعله مع بيئته، كما أن هذه المشكلات تكون في الغالب في اليدين أوالرجلين أوالمفاصل أوالعمود الفقري قد تكون ولادية أو مكتسبة. كل ذلك لا شك أن له تأثيراً سلبياً على قدرة الإنسان على تكوين شخصية متزنة انفعالياً واجتماعياً، وقد تؤدي إلى حرمان ثقافي نتيجة عدم قدرة هذا الإنسان على التنقل من مكان إلى آخر مما يعكس آثاراً نفسية أيضاً، قد تكون حادة مما قد تؤدي إلى حالات من الانتحار أو غير ذلك من السلوكات غير التكيفية.

العوامل المؤثرة في الإعاقة الجسمية:

هناك مجموعة من العوامل لها تأثير مباشر على الاعاقات الجسمية لا يمكن تجاهلها ومنها ما يلي:

1 - **درجة شدة الإعاقة:**

تختلف الاعاقات من حيث الشدة فقد تكون الإعاقة بسيطة يمكن للشخص التعايش معها ولا يكون لها تأثير قوي على حياته داخل المجتمع الذي ينتمي إليه، وقد تكون من الشدة بمكان لا تسمح لهذا الشخص أن يكون تفاعله مع مجتمعه جيداً، حيث لا تسمح له بالمشاركة في النشاطات الاجتماعية مما يؤثر تأثيراً سلبياً على حياته النفسية فيكون عرضة للإصابة بكثير من الأمراض والاضطرابات النفسية.

2 - **درجة مساندة الأسرة والمجتمع للمعاق:**

لا شك أن للأسرة دوراً بارزاً في مساعدة المعاق على تخطي الإعاقة أو التقليل من تأثيراتها السلبية عليه، أوجعل هذه الإعاقة من العوامل الرئيسة التي تسبب له العزلة وعدم الثقة بنفسه وعدم القدرة على التفاعل مع مجتمعه فالأسرة التي تساعد ابنها المعاق بتدعيمه وتطوير قدراته وزيادة ثقته بنفسه وتشجيع استقلاليته وغرس القيم الجيدة لديه على أنه يستطيع أن يتخطى تأثيرات الإعاقة السلبية عليه التي تعترضه. وأن يكون موضع اهتمام أسرته وأن لا تحاول هذه الأسرة الإنتقاص من قيمته الشخصية فإن ذلك يكون المعاق مساعداً قوياً له لأن يعيش ويتفاعل مع الآخرين ويجب على الأسرة أن تشجع استقلالية الفرد المعاق وتوفر له فرص النجاح، كما أن للمجتمع دوراً بارزاً في ذلك فالمجتمع الذي يرعى ذوي الإعاقات الخاصة ويتقبلهم ويسعى لتوفير كافة الخدمات لهم ويسمح لهم بالعمل أي بتوفير الفرص المناسبة لهم بما يتناسب مع حجم ونوع الإعاقة التي توجد لديهم، كل ذلك يساعد المعاق على أن يكون لبنة صالحة جيدة في مجتمعه وفي أسرته وبالتالي فانه يتخطى هذه الإعاقة بنفس طيبة والأمثلة على ذلك كثير في مجتمعاتنا فكم من المعاقين من يعمل وينتج وقد يكون أفضل من الأصحاء. لذا لا بد من تغيير الاتجاهات عن المعاقين عند المجتمعات التي تنظر إلى هؤلاء نظرة غير طبيعية حتى يعيش هؤلاء المعاقين في مجتمعهم ويندمجوا فيه ليكونوا أساساً في بنائه نحو الأفضل، والواقع

والدراسات تشير إلى أن المعاقين كثيراً ما يقومون بتعويض إعاقاتهم بتقوية حواسهم وهذا يساعد في بروز المعاق في بعض المهن على غيرهم من الأصحاء.

3 - **وضوح الإعاقة والزمن الذي حدثت فيه.**

لا شك أن للزمن الذي حدثت فيه الإعاقة ووضوح هذه الإعاقة أثراً واضحاً على حياة المعاق، فبتر أحد الاطراف في الصغر تجعل الأسرة منهمكة في كيفية تخطي هذه الإعاقة، حيث تبذل الأسرة كل ما في وسعها لتعويض ابنها ما فقده وهذا يختلف لو كان البتر في سن متأخرة علاوة على ذلك فإن الشخص الذي تبتر أحد اعضائه في الصغر تحرمه تلك الإعاقة من كثير من الخبرات التي لا يستطيع أن يكتسبها إلا بواسطة العضو المبتور. كما أن الشخص الذي تكون الإعاقة لديه واضحة يختلف سلوكه عن من تكون الإعاقة لديه غير واضحة فالإعاقة غير الواضحة يكون تأثيرها السيكولوجي على الشخص أقل بكثير من الإعاقة الواضحة.

4 - **طبيعة المباني والطرق ووسائل المواصلات وأثرها على درجة التفاعل مع الآخرين:**

كثير من الدول المتقدمة وحتى النامية أصبحت تنظر إلى هؤلاء الفئة من الناس نظرة إنسانية جيدة، فأصبحت تهيء لهم وسائل المواصلات التي تتناسب مع إعاقاتهم وكذلك المباني التي تسمح لهؤلاء بسرعة وسهولة التنقل فالمدارس مثلاً يوجد في الكثير منها وسائل تساعد المعاقين حركياً على التنقل إما باستخدام الأرض المائلة أوالمصاعد الخاصة بهذه الفئة، وهذا ينعكس إيجابياً على هذه الفئة يجعلها سهلة التفاعل مع المجتمع الذي توجد فيه. حيث أصبح المعاق لا يجد العائق الذي كان يشعر به في السابق من صعوبة في المواصلات أو صعوبة في التنقل من مكان إلى آخر.

تصنيف الإعاقة الحركية:

يمكن تصنيف الاعاقات الحركية التي تحدث عند الكائن الحي بشكل عام إلى مشكلات ترجع في العادة إلى فترة الحمل، وهي ما يتعرض له الإنسان في بداية تكوينه وأثناء وجوده في رحم أمه أو أثناء عملية الولادة أو نتيجة أخطاء تقع من قبل الطبيب أو من يقوم مقامه مثل نقص الاكسجين، أواستخدام خاطىء لبعض الأدوات الخاصة بعملية الولادة وعدد قليل نسبياً يرجع إلى صعوبات محددة تحدث بعد الولادة مثل الحوادث التي يتعرض لها الإنسان. ويمكن تصنيف هذه الاعاقات إلى ما يلي:

1 - الشّلل المخي: Cerebral Palsy

الشّلل المخي هو عجز عصبي - حركي ناتج عن خلل عضوي في مراكز ضبط الحركة في المخ. وتشير كلمة شلل في هذا المصطلح إلى أي ضعف أونقص في القدرة على الضبط والتحكم في العضلات الإرادية يكون ناتجاً عن اضطراب أو خلل في الجهاز العصبي. كما يعتبر من أكثر الاضطرابات الحركية شيوعاً حيث يؤثر على ما يقرب من 0.001-0.003 من الأطفال في سن المدرسة.

ينظر الكثيرون إلى الشلل المخّي ليس على أنه مرض من الأمراض بل على أنه حالة تتميز بمجموعة من الأعراض. كما تختلف الأعراض الإكلينيكية للشلل المخي باختلاف الجزء أوالأجزاء في المخ التي أصابها التلف وتتضمن هذه الأعراض إصابة بعض أجزاء الجسم على النحو التالي:

1 - الشّلل المنفرد :Monoplegia

في هذه الحالة يصاب بالشلل طرف واحد فقط عند الإنسان أما باقي الأطراف فإنها تعمل بشكل سليم، أي أن الشلل هنا هو شلل جزئي فقط وهذه الحالة هي من أبسط حالات الشلل التي يتعرض لها الإنسان حيث لا تؤثر في كثير من الأحيان على حياته الطبيعية بشكل كبير كما هي في الحالات الكبيرة مثل شلل الأطراف.

2 - شلل جانب واحد Hemiplegia:

في هذه الحالة تكون الإعاقة في جانب واحد فقط من الجسم، كأن تكون اليد اليمنى والرجل اليمنى فقط هي التي تعرضت للإصابة أما باقي أعضاء الجسم فهي سليمة يستطيع الشخص استعمالها بشكل جيد وتكون في العادة قوية لأن الشخص يستعملها أكثر مما لو كان الجانب الآخر سليم.

3 - الشلل الثلاثي Triplegia

هذا النوع من الشّلل أشد من النوع الثاني حيث يكون الشّلل فيه لطرف كامل ثم جزء من الطرف الثاني كأن يكون الشخص لديه شلل في الجانب الأيسر وجزء من الأيمن اليد أو الرجل، أوالجانب الأيمن وجزء من الأيسر كاليد أو الرجل.

4 - الشلل النصفي السفلي Paraplegia:

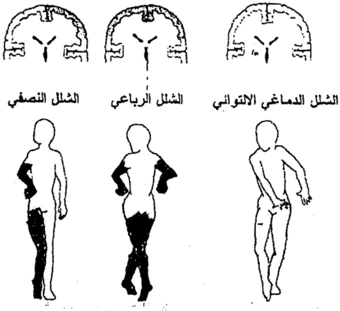
في هذه الحالة تكون الرجلان فقط مصابتين بالشّلل حيث لا يتمكن الشخص المصاب من التنقل إلا بواسطة العربة التي تتحرك بواسطة اليدين وعند الشخص المصاب بهذا الشّلل تكون اليدان قويتان بسبب كثرة استعمال الشخص لهما، فهو يعتمد على اليدين في الحركة بدل الرجلين.

5 - شلل الجانبين Piplegia

في هذه الحالة تكون الساقان والذراعان مصابتين بالشّلل وغالباً ما تكون الإصابة في هذين الذراعين أكثر شدة من الذراعين.

6- الشلل المزدوج (الرباعي) Double Hemiplegia

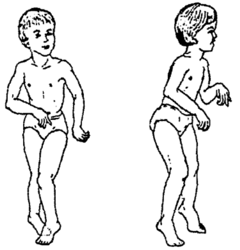
تتأثر الأطراف الأربعة في هذه الحالة بالشّلل إلا أنه في كثير من الأحيان نجد الشّلل في جانب أكثر من الجانب الآخر قد يكون الشّلل واضحاً في الجهة اليمنى أكثر من الجهة اليسرى أو العكس ويظهر الشكل رقم (9) مناطق الدماغ المصابة في بعض أنواع الشلل الدماغي.



الشكل رقم (9)

مناطق الدماغ المصابة في بعض أنواع الدماغ الشّلل الدماغي

ويظهر الشكل رقم (10) أوضاع المشي عند الأطفال المصابين بالشّلل الدماغي.



الشكل (10) أوضاع المشي عند المصابين بالشلل الدماغي

ثانياً: اضطرابات العمود الفقري:

إن اضطرابات العمود الفقري من الحالات المتميزة والظاهرة في حالات الإعاقة الحركية. وذلك بسبب أن هذه الاضطرابات في العمود الفقري تتصل بشكل مباشر بالإعاقة الحركية لأن أي خلل في العمود الفقري له تأثير واضح على حركة الفرد. ويقصد باضطرابات العمود الفقري، ذلك الخلل الذي يصيب النمو السوي للعمود الفقري من اسفل الرأس وحتى نهاية العمود الفقري. وتبدوا مظاهر ذلك كما ذكرها بليك (Bleck, 1975) فيما يلي:

أ - تباعد فقرات العمود الفقري.

ب - بروز نتوء من العمود الفقري المملوء بسائل النخاع الشوكي والذي لا يحتوي انسجة عصبية وتعرف هذه الحالة باسم: Spin Bifida With Meningocele

جـ - بروز نتوء من العمود الفقري المملوء بسائل النخاع الشوكي والذي يحتوي انسجة عصبية. وتعرف هذه الحالة باسم Spin Bifida with meningomyelocele

وترتبط حالات اضطرابات العمود الفقري في كثير من الأحيان بحالات الإعاقة العقلية، وذلك لارتباطها بحالات استقساء الدماغ (Hydrocephauls) كما أن لها علاقة أيضاً

بحالات التهابات الدماغ أو التهابات العمود الفقري نفسه (Meningitis) وهذه الالتهابات من الأمراض غير المعروفة بشكل جيد حتى عند الأخصائيين في العمود الفقري.

ثالثاً: الصَّرع Epilepsy:

مصطلح الصَّرع مشتق من كلمة يونانية تعني النوبة Seizure ومن التعريفات الشائعة للصرع تعريف الجمعية الأمريكية للصَّرع إذ ترى أن الصَّرع هو سلسلة من الاضطرابات التي تصيب الجهاز العصبي المتمركز في المخ.

من المعروف والملاحظ أن هذه النوبات تحدث بشكل متقطع في ما يعرف بالنشاط الكهربائي لخلايا المخ. كما أن الصَّرع يحدث كحالة ناتجة عن اضطرابات نيرولوجية يترتب عليها نوبات تشنجية ذات شدة متفاوتة كما ان حدوث هذه الحالة يتم بشكل غير منتظم.

في هذه الحالة يكون الخلل في الأداء الوظيفي الحركي في معظم الأحيان وتكون العضلات في هذه الحالة متصلبة وأحياناً يحصل عند الشخص ارتعاشاً عضلياً عنيفاً. هذه الحالة ليست شائعة إذ أن نسبتها لا تزيد عن واحد في الألف (0,001) بين طلبة المدارس الإبتدائية.

تعود اسباب هذه الحالة إلى أن المخ قد يصاب بالتلف مبكراً إذ قد يصاب به الشخص أثناء العمل. إذا تم اكتشاف هذه الحالة يمكن للطبيب أن يعالج الشخص المصاب لأن هذا المرض في الغالب يتجاوب مع العقاقير المستخدمة لعلاج هذه الحالات.

هذا النوع من المرض من الأمراض الذي وجه له كثير من الأخصائيين من مهن مختلفة قدراً كبيراً من التفكير والاهتمام وخاصة عند الأطفال المصابين الشلل المخي، لذا فقد بذل الكثير منهم جهوداً كبيرة من أجل إيجاد وتصميم برامج علاجية لهؤلاء الأطفال وذلك من أجل مساعدتهم على اكتساب درجة كبيرة من القوة الاستقلالية في الأداء الوظيفي الحركي ونتيجة لهذه الجهود الكبيرة التي قام بها الباحثون في هذا النوع من الأمراض فقد توصل الكثير منهم إلى علاجات ناجحة لهذا المرض.

رابعاً: اصابات الحبل الشوكي Spinal Cordinjuries:

يمتد الحبل الشوكي من قاعدة الجمجمة إلى أسفل الظهر ويعتبر جزءاً من الجهاز العصبي المركزي، يقوم الحبل الشوكي بوظيفة رئيسية للكائن الحي وهي الوظائف الحسية

والحركية اذ عن طريقه يصل الإحساس إلى الدماغ ونتيجة لوظيفته الرئيسة للجسم فقد وضع في مكان محاط بالعظام وهذا يدل على براعة خلق الله تعالى "فتبارك اللّه أحسنُ الخالقين" فقد خلق الله سبحانه وتعالى الإنسان في أحسن تقويم.

تعرف إصابات الحبل الشوكي بأنها اضطرابات تنتج في غالبها عن الحوادث، فاذا تعرض الإنسان لحادث وأدى هذا الحادث إلى إصابة هذا الحبل الشوكي نجد أن الإنسان يفقد أهم خاصية لديه وهي الحس والحركة لأنه هو الذي يوصل الإشارات من باقي أجزاء الجسم إلى الدماغ الذي يأمر بالحركة، أي أن الإصابة به تؤدي إلى فقدان الوظائف الحسية والحركية في الأجزاء التي تقع أسفل منطقة الإصابة. وذلك لأن خلايا هذا الجهاز لا تتجدد إذا تلفت أو قطعت نتيجة تعرض هذا الإنسان إلى المرض الذي يؤدي إلى التلف لهذه الأجزاء أو الحوادث التي تسبب قطع هذا الحبل الشوكي. ويستخدم مصطلح إصابات الحبل الشوكي للإشارة إلى الحالات التي لا يحدث فيها تدهور وذلك بهدف تمييزها عن حالات الشلل الناجم عن أمراض الجهاز العصبي مثل الأورام واضطرابات الأوعية الدموية.

إصابة الحبل الشوكي قد تكون كاملة وقد تكون جزئية، فإذا كانت الإصابة جزئية. قد يكون هناك أمل في إعادة بعض الحواس للشخص المصاب أما إذا كانت كلية فإن الأمل في شفاء الشخص المصاب تكون في الغالب معدومة لأن خلايا هذا الجهاز لا تتجدد.

خامساً: الإستقساء الدماغي Hydroce phaly

يمكن تعريف حالة استقساء الدماغ بالحالة التي يتجمع فيها السائل المخي الشوكي في منطقة ملامسة للمخ وقد يكون تحت الجمجمة مباشرة وقد يكون ذلك نتيجة لعيب خلقي عند الإنسان أو نتيجة لتعرض الأم للأمراض أو للأشعة السينية أو لتناولها بعض العقاقير فإذا تعرضت الأم لمثل هذه العوامل السابقة قد يصاب الطفل بتشوهات خلقية من بينها تجمع هذا السائل تحت الجمجمة أو ملامساً للمخ. هذا السائل إذا لم يتم اكتشافه مبكراً فإن الطفل يصاب في العادة بالتخلف العقلي هذا التخلف يؤدي بالتالي إلى اضطرابات في الحركة نتيجة للضغط على الدماغ. كما قد يؤدي ذلك إلى نوبات تشنجية وصداع وضعف بصري وغيرها من الأعراض عند الطفل المصاب. ويعود السبب الرئيسي لاستقساء الدماغ إلى التشوهات الخلقية أو النزيف أو الأورام أو إصابات الدماغ بالالتهابات بسبب العوامل

الوراثية، أو ما تتعرض له الأم من عوامل كما ذكر سابقاً. وتشير الدراسات إلى أن حوالي 50% من المصابين بهذا المرض يموتون مبكراً ويعتبر هذا من رحمة الله تعالى بعباده لأننا نرى أن من يعيش من هؤلاء يكونون عالة على أهلهم ومجتمعهم بسبب شدة الحالة أما إذا تم علاج ذلك عن طريق سحب هذا السائل في وقت مبكر للإصابة فإن الشخص يعود في الغالب طبيعياً يمكن أن يمارس حياته العادية بشكل جيد، لذا ينصح دائماً بعرض المولود على طبيب أخصائي أطفال ليتمكن من تشخيص هذا النوع من المرض ويقوم بإجراء عملية يستطيع بواسطتها سحب هذا السائل. ليتمكن الدماغ من النمو بشكل جيد إذ أن هذا السائل يمكن أن يعيق نمو الدماغ فيؤدي إلى تلك الأعراض السابقة وأهمها التخلف العقلي.

سادساً: الوهن العضلي Myasthenia Gravis:

الوهن العضلي هو عبارة عن ضعف شديد جداً يصيب العضلات الارادية، لذا في هذه الحالة يشعر الشخص بالتعب والاعياء والإنحطاط في جسمه فهو لا يستطيع القيام بأي عمل أو نشاط، واذا قام بعمل بسيط فإنه يحتاج إلى جهد كبير يبدو واضحاً عليه. وفي الغالب أكثر ما تصاب به عضلات الوجه المحيطة بالعينين. هذا المرض لا يقتصر على سن معينة فقد يصاب به الأطفال وغيرهم من الفئات العمرية الأخرى حيث يمكن ملاحظته في جميع الأعمار. ويعتبر أكثر الأشخاص عرضةً لهذا الوهن الذين تجاوزوا العشرين من العمر. من الأعراض المميزة لهذا المرض (أي الوهن العضلي) هو الرؤيا المزدوجة وبحة الصوت وصعوبة المضغ والبلع والتعبيرات الوجهية المميزة، وضعف اليدين والرجلين. هذا النوع من المرض في العادة لا يؤثر على القدرات العقلية أو التعليمية أو السمعية أو البصرية، إلا بشكل غير مباشر لأن أصحاب هذا المرض تفاعلهم مع البيئة يكون أقل من غيرهم بسبب حركتهم القليلة لذا فهو يؤثر مباشرة على الوظائف الحركية.

سابعاً: التهاب المفاصل الروماتزمي:

يصيب هذا المرض بكثرة الأطفال اليافعين كما أن نسبة إصابات الإناث فيه أكثر من الذكور ومن أهم أعراضه، التهاب عام وأورام في المفاصل، واذا لم يعالج في وقت مبكر فقد تمتد الإصابة إلى مفاصل الجسم وتحد من قدرة الشخص على تأدية الوظائف المختلفة، وتفقد عضلات اليدين قوتها وقدرتها على الحركة .

إن شدة الألم وحدة التصلب قد يؤثران على درجة أداء الشخص للمهنة وقيامه بالمهارات المهنية المطلوبة ويحد من قدرة المتدرب على التحمل الجسدي، لذلك لا بد من استغلال برامج التأهيل النفسي والاجتماعي المناسبة للحد من هذه التأثيرات ويستخدم العلاج الطبيعي وتناول بعض العقاقير كالإسبرين لعلاج هذه الحالة.

ثامناً : مرض ليح - بيرتز:

وهو اضطراب ينتج عن تلف (تحطم) في مركز النمو في الأطراف العلوية من عظمة الفخذ لدى الفرد، ويحدث هذا المرض لدى الأطفال بين سن (4 - 8) سنوات وهذا الاضطراب الجسمي لا يؤثر على القدرات العقلية للمصاب ولا على الوظائف الرئيسية لليدين، لذلك فالمصاب يستطيع الاستفادة من كافة الخدمات التأهيلية والمهنية التي يمكن أن تقدم اليه عند الضرورة والحاجة وذلك دون إجراء أية تعديلات جذرية على وضع الخطة أو البرنامج المهني للمؤسسة التدريسية. (الزعمط، 1993)

تاسعاً : عدم اكتمال نمو العظام -(العظام الهشة). Osteogenesis Lmper Fecta

يتصف هذا المرض بعدم اكتمال نمو العظام بشكل طبيعي مما يؤدي إلى قصرها. وعدم اكتمال حجمها الطبيعي إضافة إلى أنها تصبح هشة ولينة مما يجعلها قابلة للكسر جراء أية إصابة حتى لو كانت بسيطة. وعندحصول الكسر أو أية اصابة للأطراف فإنه يصعب جداً التحامها وعودتها إلى حالتها السابقة، وتؤدي الإصابة إلى الإعاقة السمعية بسبب إصابة عظام الأذن الداخلية.

بالنسبة للقدرات العقلية للمصابين بهذه الحالة فإنهم يتمتعون بقدرات عقلية عادية. (الصمادي وآخرون، 1995).

عاشراً: التهاب الورك Legg Perthesdisease

تنتج هذه الإصابة عن نقص كمية الدم اللازمة التي تصل إلى مركز عظام الفخذ المتصلة بالجذع. وبما أن الدم يعتبر ضرورياً للنمو الطبيعي لعظام الجسم، فإن نقصه يؤدي إلى ضعف مركز عظم الفخذ وموته تدريجياً مما يسمح بنمو عظام جديدة. وسبب الإصابة بهذه الحالة غير معروف على الإطلاق أما نجاح علاجها فإنه يكمن في كشف الإصابة والتدخل العلاجي أو الجراحي المبكر أيضاً ويفيد التدخل المبكر خلال مراحل الإصابة الأولى في علاج الإصابة أولاً، وفي حماية المصاب من حدوث أية مضاعفات أخرى مثل التهابات المفاصل.

أسباب الإعاقة الحركية

يمكن اجمال أسباب الإعاقة الحركية بما يلي:-

1 - **التشوهات الخلقية:**

هناك أسباب متعددة تؤدي إلى التشوهات الخلقية والتي تحدث أثناء الحمل، ومن هذه الأسباب تعرض الأم للأشعة السينية أو تناولها لبعض العقاقير أو سوء التغذية وقد تكون أسباب وراثية (جينية) أو امراض جنسية، وتناول الأم الحامل أيضاً للمسكرات بجميع أنواعها أو تعرضها للإنفعالات الشديدة أو الكدمات، ومن الأمثلة على هذه التشوهات فقدان الأطراف أو تقوس الساقين أو انحراف العمود الفقري، وكثير من التشوهات التي لا يمكن حصرها.

2 - **الجروح الشديدة:**

إن الجروح التي يتعرض لها الإنسان والحوادث قد تؤدي إلى فقدان أحد الأطراف أو كسور في عظام الرأس أوكسور في الأطراف أوالكدمات والانزلاقات العظمية.

3 - **اضطرابات الانسجة:**

تحدث اضطرابات الأنسجة نتيجة لعدم كفاية الدم الواصل إلى الأطراف، ويعود السبب في ذلك إلى تصلب الشرايين أو بعض الأمراض مثل السكري وغير ذلك.

4 - **العدوى:**

قد تسبب العدوى كثيراً من الأمراض ذات الصلة المباشرة بالإعاقات الحركية مثل الوهن العضلي أو عدم التوازن عند الإنسان في كامل جسمه أو اضطرابات في المشي وغير ذلك.

5 - **الأورام**

تسبب الأورام وخاصة الخبيثة منها الإعاقة الحركية إذ أن بعض الأورام لها أثر مباشر على الجسم بشكل عام تؤدي إلى اعاقة حركية مزمنة يصاب بها الإنسان.

قياس وتشخيص الإعاقة الحركية:

نتيجة للتقدم العلمي أصبح التدخل المبكر والكشف المبكر على الأطفال وحتى أثناء فترة الحمل، يمكن أن يؤدي إلى التخفيف من الإعاقات، فطبيب الأطفال وطبيب الأعصاب والعظام يمكن أن يشتركوا معاً لاكتشاف حالات كثيرة يمكن علاجها إذا تم اكتشافها مبكراً، فقد تطور مستوى المعرفة بالعوامل التي تسبب الإعاقة وبعوامل الخطر التي ترافقها، إن فحص السائل الأمينوسي أثناء الحمل مثلاً يساعد على معرفة واكتشاف أن الطفل سوي أم غير سوي.

إن مظاهر النمو الحركي غير العادية أهم المؤشرات على وجود اضطرابات عصيبة في مرحلة الطفولة المبكرة، لأن الحركة هي حجر الأساس لتأدية الاستجابات في مختلف مجالات النمو، كما أننا لا ننكر أيضاً أن للوراثة دوراً بارزاً في الإعاقة الحركية. فقد أثبتت أغلب الدراسات أن للوراثة دوراً بارزاً في وجود الإعاقة الحركية عند الأفراد لذلك يجب تشجيع الأشخاص المقبلين على الزواج على الفحص الطبي قبل الزواج والتأكيد على عرض الأطفال على طبيب الأطفال والأعصاب مبكراً وبشكل دوري، ومن الأمور التي يجب على الآباء الانتباه إليها عند الأطفال مثل رفع الرأس بدون دعم وتحريكه، النهوض وحده، يدفع الأشياء ، ينقل الأشياء من يد إلى يد أخرى، تحريك عينيه وغيرها من الأمور التي يجب الاهتمام بها وذلك مع ملاحظة عمر الطفل وما هي الأشياء التي يستطيع فعلها من هم في مثل سنه.

الخصائص السلوكية للمعاقين حركياً:

تتعدد مظاهر الإعاقة الحركية، كما قد تختلف درجة كل مظهر من مظاهرها، وقد يكون ذلك التعدد في النوع والدرجة مبرراً كافياً لصعوبة الحديث عن الخصائص السلوكية للمعوقين حركياً، إذ تختلف خصائص كل مظهر من مظاهر الإعاقة الحركية عن المظاهر الأخرى، وعلى سبيل المثال قد نجد الخصائص السلوكية للأطفال ذوي الشلّل الدماغي متمايزة عن الخصائص السلوكية للأطفال المصابين بالصّرع وهكذا، وعلى ذلك يصعب على الدارس لموضوع الخصائص السلوكية أن يجد خصائص سلوكية عامة للمعوقين حركياً. لذلك سنشير هنا إلى بعض الخصائص السلوكية العامة كالتحصيل الأكاديمي وإلى السمات الشخصية العامة بالنسبة لبعض مظاهر الإعاقة الحركية. وعلى سبيل المثال قد يختلف مستوى التحصيل الأكاديمي من فئة إلى أخرى من فئات الاضطرابات الحركية، إذ

يصعب على الأطفال ذوي الشّلل الدماغي وذوي الاضطرابات في العمود الفقري أو ضمور العضلات أو التصلب المتعدد. اتقان المهارات الأساسية في القراءة والكتابة في حين يكون ذلك ممكناً بالنسبة للأطفال المصابين بالصّرع أو شلل الأطفال.

أما بالنسبة للخصائص الشخصية للمعوقين حركياً فتختلف تبعاً لاختلاف مظاهر الإعاقة الحركية ودرجتها وقد تكون مشاعر القلق والخوف والرفض والعدوانية والانطوائية والدونية من المشاعر المميزة لسلوك الأطفال ذوي الاضطرابات الحركية، وتتأثر مثل تلك الخصائص السلوكية الشخصية بمواقف الآخرين وردود فعلهم نحو مظاهر الاضطرابات الحركية (الروسان، 1987).

البرامج التربوية للمعاقين حركياً:

يقصد بالبرامج التربوية للمعوقين حركياً "أنها طرق تنظيم وتعليم وتربية هؤلاء المعوقين حركياً، إذ أن هذه البرامج تتناسب مع نوع الإعاقة وشدتها، لذا فإن هذه البرامج المقدمة لفئة المعاقين حركياً في كثير من الأحيان تختلف عن البرامج التي تقدم لغير هذه الفئة من الإعاقات الأخرى.

إن توفير هذه البرامج المتخصصة، كما أشار فريزر وهنرنجر Fraser & Hensinger, 1983 لا يعني بأي حال من الأحوال عزل المعاق في مؤسسات خاصة بعيداً عن أقرانه العاديين ولكنها تعني توفير البدائل التربوية المختلفة والملائمة لكل حالة فردية وكذلك توفير الخدمات المساندة سواء أكانت طبية أم غيرها كالعلاج الطبيعي أو الوظيفي، والعمل دوماً على تعديل البيئة التربوية والوسائل والأجهزة التعويضية والتربوية المساندة، وفي هذا السياق فإنه يمكن إجراء تعديلات في الجوانب والموضوعات التي تخص المنهاج الدراسي وبيئة التعلم بحيث يتم تعديل:

أ - المنهاج الدراسي بشكل يلبي حاجات الطفل ويضيف في نفس الوقت مهارات أساسية تتضمنها في العادة المناهج المقدمة للأفراد العاديين.

ب - بيئة التعلم وذلك لأن المصابين بالشلل الدماغي يحتاجون إلى توفير بيئة بصفة خاصة تختلف عن البيئة الطبيعية التقليدية، مثل إجراء التعديلات الضرورية للبيئة الصفية والمدرسية والأثاث المدرسي والاجهزة المساندة والمواد التعليمية ووسائط النقل والمواصلات، أما فيما يتعلق بالخدمات المساندة فإن خدمات العلاج الطبيعي

والوظيفي والمهني تعتبر من أكثر البرامج الحاحاً وذلك نظراً لطبيعة الإصابة والآثار السلبية المترتبة عليها. (الصمادي، 1995).

أنواع البرامج التربوية المقدمة للمعوقين حركياً.

1 - مراكز الإقامة الكاملة:

تكون هذه المراكز في الغالب ملحقة بالعيادات الطبية أوالمستشفيات، وتصلح هذه المراكز للأطفال المصابين بالشلّل الدماغي واضطرابات العمود الفقري ووهن العضلات، وهؤلاء الأطفال يحتاجون إلى الرعاية الصحية، لذا فإن هذه المراكز في العادة تلحق بالعيادات الطبية أو المستشفيات إذ أن مثل هؤلاء الأطفال يحتاجون باستمرار إلى اشراف كامل من قبل الأطباء أو المرضين ذوي الاختصاص.

2 - برامج الدمج الأكاديمي:

هذا النوع من البرنامج يتناسب مع ذوي الشلل الدماغي البسيط أو مرض السكري أو الربو أو التهاب المفاصل، حيث يكون للطلبة فصولاً خاصة بهم في المدارس العادية، أو في فصول عادية شريطة تنظيم البيئة المدرسية لتتناسب مع الظروف الصحية التي يوجد فيها هؤلاء الطلبة أي مع إعاقاتهم، حيث إن بعض هؤلاء لا يستخدمون المقاعد العادية مثلاً بل لهم مقاعد خاصة متحركة وكذلك لا بد من استخدام الكثير من المعينات الحركية حتى يتمكن هؤلاء من الحركة دون بذل جهد كبير.

3 - مراكز التربية النهارية:

هذه المراكز تناسب في العادة ذوي الاعاقات العقلية الناتجة عن الشلل الدماغي، إذ إن الأطفال يجب أن يتلقوا في هذه المراكز النهارية برامج علاجية بالاضافة إلى البرامج التعليمية كالعلاج الطبيعي، وكذلك البرامج التربوية، يجب ان تتناسب ودرجة الإصابة بالشلل الدماغي، وكذلك درجة الإعاقة العقلية، كمهارات الحياة اليومية والمهارات الاساسية اللغوية، كما يجب القيام ببرامج التأهيل المهني Rehabilitation Programs بجميع حالات ذوي الاعاقات الحركية مثل التأهيل الطبي كتأهيل المصاب بالأطراف الصناعية أو استخدام العلاج الطبيعي، وكذلك التأهيل المهني من أجل تعليمه مهنة تتناسب معه وإيجاد فرص عمل له، والتأهيل الاجتماعي حتى يتمكن من التكيف مع المجتمع الذي يوجد فيه المعاق حركياً.

المراجع العربية

- أبو فراش، حسين. 1994. أثر النموذج الاثرائي المدرسي في انتاجية الطلبة المتميزين في الصف السادس الإبتدائي، الجامعة الأردنية. رسالة ماجستير غير منشورة.
- البطاينة، محمد. 1969. إشتقاق معايير أردنية لمقياس رسم الرجل، رسالة ماجستير غير منشورة. الجامعة الأمريكية، بيروت.
- الطحان، محمد. 1982. تربية المتفوقين عقلياً في البلاد العربي. المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم. تونس.
- الخطيب، جمال، الحديدي، منى. 1997. المدخل الى التربية الخاصة، مكتبة الفلاح، العين، الإمارات.
- الخطيب، جمال، 1997، تعديل السلوك الإنساني. القوانين والإجراءات، جمعية المطابع التعاونية. عمان. الأردن.
- الخطيب، جمال، الحديدي، منى. (1994). مناهج وأساليب التدريس في التربية الخاصة مطبعة المعارف، الشارقة. الإمارات العربية المتحدة.
- الروسان، فاروق (2000) سيكولوجية الأطفال غير العاديين، دار الفكر. عمان الأردن.
- الروسان، فاروق. 1999، أساليب القياس والتشخيص في التربية الخاصة، دار الفكر، عمان، الأردن.
- الريحاني، سليمان. 1985. التخلف العقلي. مطابع الدستور التجارية عمان. الأردن.
- السرطاوي، زيدان، سيسالم، ، كمال. 1987. المعاقون أكاديمياً وسلوكياًخصائصهم وأساليب تربيتهم، دار الكتاب للنشر. الرياض. المملكة العربية السعودية.
- السرطاوي، زيدان، القريوني، يوسف، الصمادي، جميل. 1995، مدخل الى التربية الخاصة. دار القلم، دبي. الإمارات العربية المتحدة.
- العلي، نصر. 1977. دلالات صدق وثبات صورة معدلة للبيئية الأردنية لمقياس ستانفورد – بيتية. رسالة ماجستير غير منشورة. الجامعة الأردنية. عمان – الأردن.
- جروان، فتحي. 1998. الموهبة والإبداع والتفوق. دار الكتاب الجامعي، الإمارات.
- زحلوق، مها. 1994. التربية الخاصة للمتفوقين. جامعة دمشق. سوريا.
- سالم، سيلفيا. 1991. تشخيص صعوبات التعلم النفس لغوي لدى الطلبة الأردنيين في المرحلة الإبتدائية، رسالة ماجستير غير منشورة. الجامعة الأردنية.
- سرور، ناديا، 1998، تربية المتميزين والموهوبين. دار الفكر، عمان الأردن.

- صبحي، تيسير، 1992 . الموهبة والإبداع وطرائق التشخيص، دار التنوير العلمي. عمان، الأردن.
- عبد الهادي، نبيل. 2000. بطء التعلم وصعوباته، دار وائل للنشر، عمان. الأردن.
- عبد العزيز، عمر. 2001. فاعلية استخدام أسلوبي التعزيز الرمزي والعزل في تعديل السلوك العدواني لدى عينة من الأطفال المعاقين، رسالة ماجستير غير منشورة. الجامعة الأردنية. عمان، الأردن.
- محمد، فيصل. 1997 . التخلف الدراسي وصعوبات التعلم. دار النفائس بيروت، لبنان.
- فرج، صفوت. 1990. القياس النفسي. مكتبة الأنجلو المصرية. مصر.
- عيسوي، عبد الرحمن. 1999 . القياس والتجريب، مكتبة النهضة المصرية. مصر.
- الكوافحة، تيسير. 1987 . المحص في علم النفس التربوي، دار الفكر، عمان، الأردن.
- كوافحة، تيسير. 1990. صعوبات التعلم والعوامل المرتبطة بها في المرحلة الابتدائية الأردنية، رسالة دكتوراة غير منشورة، جامعة عين شمس، مصر.
- هارون، صالح. 2000. تدريس ذوي الإعاقات البسيطة في الفصل العادي، دار الزهراء. الرياض. المملكة العربية السعودية.
- يحيى، خولة. 2000. الاضطرابات السلوكية والانفعالية، دار الفكر، عمان، الأردن.

المراجع الأجنبية

- Anstasi, A. (1976) Psychological test New york The Macmill company.

- Ashbarn R. R. (1990) An Experiment in the Essay Type Question.

- Bernstein, D. & Tiegerman, F. (1989) Lauguage and cmmuni cation Disorders in children (2 nd. ed) columus Merrill.

- Bruce, Dewey, Robinson & Virgil (1991) Recommended practice in gifted Education. Teachers college, Columbia University.

- Falls, J. D Resenrch in secondary Education Ketncky school Journal b 221 - 260.

- James, A. Parker, 1997. Who are the Gifted " gifted Education international. pp. 85 - 90.

- Hallan, d & Kauffman, t. (1992) Excptional Children Introduction To special education. (sthed). prentic - gall. Englewood Cliffs, Newjersey.

- Haring, N. (1982). Exceptional children andyouth columbus, ohio charles, Merrill.

- Hopkins K. & stanley (1981) Educational and psycological measurment and Evaluation, Prentice Hall.

- Heller, Akurt & others, (1993) Research and Development of giftedness and Talent, Great Britain, Pergamon.

- Heward. W. & orlansky. M. (1988) Exceptional Children An introductory survey of special education (3 rd ed) charles E. Merrull Publishing company.

- Gardner, H. (1993) Muitiple Intelli gences The Theory in practice Basic Books.

- Kirk, S. & Gallagher, J. (1989) educating exceptional children (Gthed) Boston, Honghton Mifflin.

- Kufman N, & Kufman, A. (1973) Clinical Evalnation of yonng children with Mccarthy scales, New york.

- Lanre, H. (1988) is there apsychologey of deafness. Exceptional children, 55, p 7 - 19.

- Lewis & Donald, (1987). Teacging special student in the Mainstream.

- Macmilltan Donsld (1973) Mantal Retardation In school and society, little Beown, N y.

- Mandell C. & Fiscus, F. (1981) under standing Exceptional people west publishing company.

- M arland, S. (1972). Education of The gifted and talented whashinton, D. Government printing office.

- M oores, D. (1982). Educating the deaf (2 nd. ed) Boston, Houghtn Mifflin.

- P atton, S. (1996) exceptional in dividuals in focus, New Jersey, prentice Hall.

- Paul. S. & Epanchin, C (1992) Emotional disturbance in children Theories N methods for Teachers. Merril publishing, Columbus.

- Smith, D.& luckasson. R. (introduction to special education teaching in anage of challenge. Allyn and Bacon).

Shea, Thomas M. (1978) Teaching Children and Youth With behavior disorders, Mosby company.

· Stainbacks, & stainbackw. (1980), edncating chtidren with sever malada Behavior. Grure & startton, new york.

Tabara, K. & Befnan, K (1986) Blindess insaude Arabia, Journal of American Medical Association 255 - 120 pp. 3378 - 84.

- Terman, L. M and meral, M. A (1988) measuring inteligenc Boston Honghton, Miffling.

- Wallace G. & Kauffman h. (1986). Teaching student with learning and behavior Problems.

- Walker, J. & shea. (1980), Behaviormodification, louis.

دار
المسيرة
للنشر والتوزيع والطباعة

دار
المسيرة
للنشر والتوزيع والطباعة

مقدمة في

التربية الخاصة

Introduction of Special Education



9789957061852

دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة
www.massira.jo